

Hochmuth, Susann

„Möglichkeiten und Grenzen der enteralen Ernährung bei alten Menschen in Pflegeheimen“

- Impulse für die Soziale Arbeit-

BACHELORARBEIT

Hochschule Mittweida

University of Applied Sciences

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2012

Hochmuth, Susann

*„Möglichkeiten und Grenzen der enter-
alen Ernährung bei alten Menschen in
Pflegeheimen“*

- Impulse für die Soziale Arbeit-

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

Hochschule Mittweida

University of Applied Sciences

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2012

Erstprüferin: Fr. Prof. Dr. phil. Steffi Weber- Unger- Rotino

Zweitprüfer: Hr. Dipl. Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge Michel C. Hille

Bibliographische Beschreibung:

Hochmuth, Susann:

Möglichkeiten und Grenzen der enteralen Ernährung bei alten Menschen in Pflegeheimen. Impulse für die Soziale Arbeit. 34 S. Roßwein, Hochschule Mittweida/ Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2012

Referat:

Die Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Theorie zu der Thematik der enteralen Ernährung und zeigt die Vor- als auch die Nachteile auf. Der Fokus dieser Arbeit richtet sich dabei auf das Ziel der Selbstbestimmtheit und der Lebensqualität im Alter. Um den praktischen Standpunkt der Thematik aufzuzeigen wurden leitfragengestützte Experteninterviews in Pflegeeinrichtungen geführt. Hierbei werden Problemfelder aufgezeigt welche mit dem Thema der künstlichen Ernährung in Verbindung gebracht werden und es wird versucht Lösungsansätze, für eine tolerante und aufgeklärte Gesellschaft, darzubieten. Mittels Literaturrecherche konnten die gewonnenen Aussagen gestützt oder als widersprüchlich deklariert werden.

Inhaltsverzeichnis

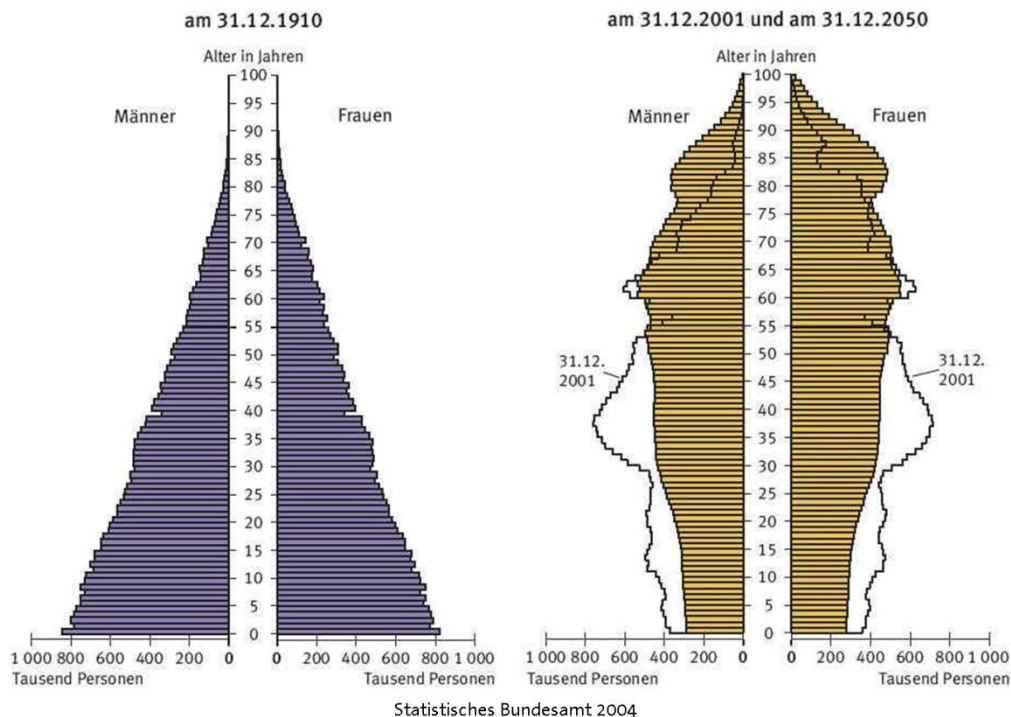
1. Einleitung	3
2. Künstliche enterale Ernährung	6
2.1 Das Legen und die Pflege einer PEG	8
3. Institution Pflegeheim	10
3.1 Aufbau eines Pflegeheimes	10
3.2 Gründe für eine Heim- Übersiedlung	13
3.3 Pflegebedürftigkeit im Kontext Pflegeheim	15
4. Fragestellung und methodisches Vorgehen	18
4.1 Grundidee der Interviews	18
4.2 Feldzugang	19
4.3 Umstrukturierung des Feldzugangs	19
5. Auswertung der Interviews	21
5.1 Schwerpunktanalyse	21
5.1.1 Selbstbestimmung und Lebensqualität im Alter	22
5.1.2 Patientenverfügung	22
5.1.3 Sterben und Tod	25
5.1.4 Krankenhäuser und deren Umgang mit PEG- Sonden	29
5.1.5 Zusammenfassung der Interviews	31
6. Bezug zur Sozialen Arbeit	32
7. Fazit	35
8. Anlagen	37
Anlage 1: Seniorenheim in Mainz Gequält und gedemütigt	37
Anlage 2: Mangelernährung im Pflegeheim	40
Anlage 3: Einstellung einer künstlichen Ernährung und kritische Anfragen an die Rechtssprechung	43
Anlage 4: Ernährung bei Demenz. Schneller gehts mit der Magensonde	47
Anlage 5: Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG	50
Anlage 6: Künstliche Ernährung Leben am Schlauch	55
Anlage 7: Interviews	64
I1: Interview vom 09.01.2012 im Seniorenbetreuungszentrum Glösa	64
I2: Interview vom 10.01.2012 im Pflegeheim „Kreuzstift“	64

I3: Interview vom 16.02.2012 im Betreuungszentrum für Wachkomapatienten	64
I4: Interview vom 16.02.2012 im Wohnpark „Geibelhöhe“	64
I5: Interview vom 17.02.2012 im Altenpflegeheim „Am Goetheplatz“	64
I6: Interview vom 07.03.2012 im AWO- Pflegeheim „Marie- Juchacz- Haus“	64
9. Literaturverzeichnis	100
10. Selbständigkeitserklärung	103

1. Einleitung

Zu Beginn dieser Arbeit möchte ich erläutern, warum ich mich gerade mit dieser Thematik beschäftigen möchte und mich auch damit auseinandergesetzt habe. Dass unsere Gesellschaft immer älter wird ist schon längst kein Geheimnis mehr. „Die fortschreitende Alterung der Gesellschaft zeigt sich besonders deutlich anhand der wachsenden Zahl der Hochbetagten. 2009 lebten über 1,5 Millionen Menschen in Deutschland, die mindestens 85 Jahre alt waren. Ihre Zahl wird in den kommenden Jahrzehnten kontinuierlich steigen und Mitte der 2050er Jahre etwa 6 Millionen erreichen. Das entspräche einem Bevölkerungsanteil von 9%“ (Statistisches Bundesamt 2011, S. 12). Verdeutlichen soll dies eine Skizze zum demografischen Wandel.

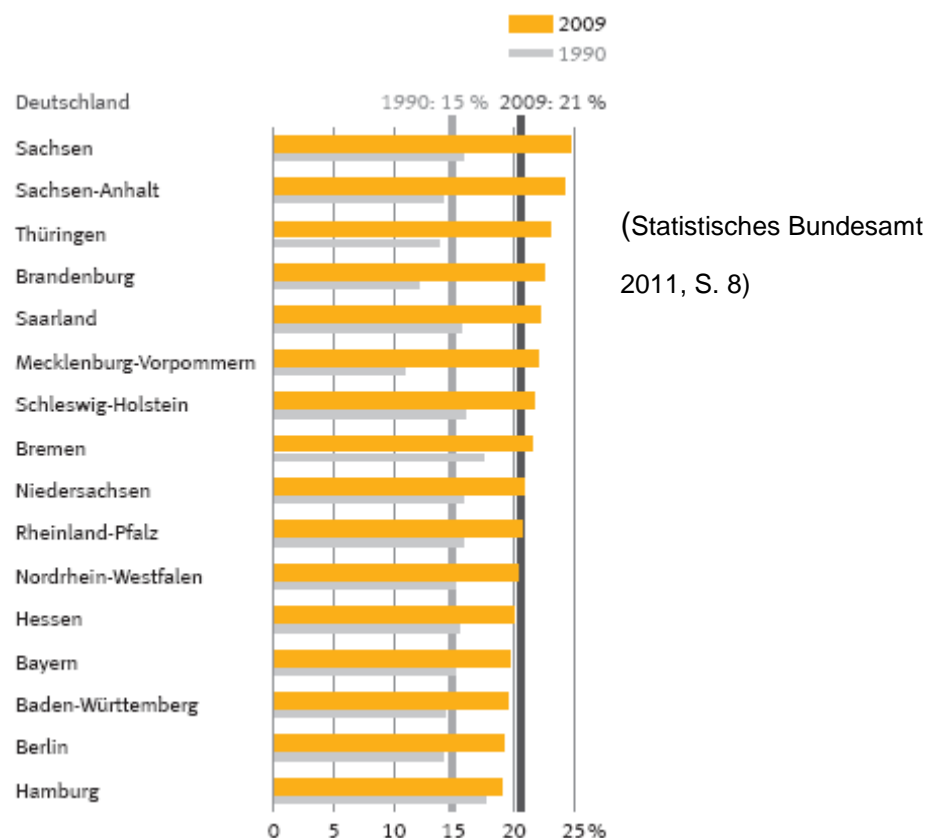
Demografischer Wandel: Die deutsche Gesellschaft wird älter



Es ist deutlich zu sehen, dass in den letzten Jahren eine stetige Zunahme des Alters stattgefunden hat. Und auch in den nächsten Jahren ist davon auszugehen, dass die Altersgrenzen nach ob korrigiert werden müssen. Zu verdanken haben wir dies vor allem dem medizinischen Fortschritt. So

wurden zum Beispiel Volkskrankheiten wie Cholera, Diphtherie, Masern, Scharlach und einige Geschlechtskrankheiten durch Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Antibiotika erfolgreich bekämpft. Auch Erkrankungen wie die Pest, Pocken, Aussatz und Ruhr wurden ausgerottet. Die Entwicklung der Intensiv- und Notfallmedizin verschafft uns die Möglichkeit, Menschen auch in akuten Lebenssituationen, das Leben zu retten. Aber auch Verbesserungen im Arbeitsschutz und in den Hygienevorschriften ermöglichen ein gesünderes und damit längeres Leben. Demzufolge gibt es einen massiven Rückgang des Sterberisikos. „So starben 2008 in Deutschland von 100 000 Einwohnern jenseits der 65 rund 4100 Personen. 1980 hatte die Sterbeziffer bei den ab 65-jährigen noch bei rund 7000 Personen gelegen. Das ist ein Rückgang um rund 41%“ (Statistisches Bundesamt 2011, S. 85). Doch ist dieses immer älter werden ein wirklicher Segen? Will ich in einer Gesellschaft von rapid ansteigenden Einsparungen im Gesundheitswesen und daraus resultierenden Pflege-notständen und zunehmenden Pflegemissständen wirklich alt werden? Diese Fragen habe ich mir als examinierte Krankenschwester schon öfters gestellt und mit einigen Kollegen schon, das ein oder andere Mal, heiß diskutiert. Ausschlaggebend für eine intensivere Befassung mit dem Thema Alter und enterale Ernährung waren einige Schlüsselerlebnisse während und nach meiner Ausbildung zur Krankenschwester. So ereignete sich in einer Nachtschicht, während meiner Ausbildung, folgendes Szenario: Eine über achtzigjährige Frau wurde in das Krankenhaus eingeliefert und weigert sich seit zwei Tagen Nahrung zu sich zu nehmen. Letztendlich entscheiden die Ärzte, dass der Frau eine Nasensonde gelegt werden soll. Über diese erhielt sie dann hochkalorische Flüssignahrung. In besagter Nacht zog sich die hochbetagte Frau zweimal ihre Nasensonde. Die Intervention bestand darin sie zu fixieren und ihr zweimal eine neue Nasensonde zu legen. Auch heute frage ich mich manchmal noch, warum so gehandelt wurde. Wollte die diensthabende Nachtschwester ihre Fertigkeiten trainieren, da nur sie als Schwester auf dieser Station Nasensonden legen durfte oder sollte dies der Erleichterung des Pflegeprozesses dienen? Das Fixieren der Extremitäten, von alten und hochbetagten Menschen, um eine Nahrungsaufnahme durch das Pflegepersonal zu gewähr-

leisten, ist mir in meiner damaligen Kliniklaufbahn nicht nur einmal aufgefallen. „Die müssen doch was essen“ war dann meist die Antwort auf die Frage, warum dies so gehandhabt wird. Auch in den Medien wird immer wieder von Pflegemissständen in diversen Einrichtungen berichtet. Ein Beispiel hierfür befindet sich, in Form eines Internetartikels, in Anlage 1. Jeder Mensch sollte selbst entscheiden können wann er Nahrung zu sich nimmt und wann nicht. Jemanden zur Nahrungsaufnahme zu zwingen bedeutet für mich, dass ich seine Entscheidung nicht akzeptiere, in seine persönliche Würde eingreife und diese verletze. Und dabei regelt doch Artikel 1 des Grundgesetzes, dass die Würde des Menschen unantastbar sei. Sabine Pleschberger meint dazu: „Dahinter steht die Auffassung, dass einem Menschen niemals die Würde abgesprochen werden kann. Wohl aber kann sie verletzt werden. Diese Gefahr nimmt zu, wenn Menschen von der Hilfe anderer abhängig sind“ (Pleschberger 2005, S. 9). Zudem hat mich der Fakt, dass in meiner Heimatregion Sachsen der größte Anteil von Personen ab 65 besteht, dazu bewegt, zu versuchen die Menschen für das Thema Alter, mit all seinen Facetten, zu sensibilisieren.



Früher oder später wird jeder Mensch alt und somit kann ich eine frühzeitige Auseinandersetzung mit diesem Thema nur befürworten. Mit der hier vorliegenden Arbeit möchte ich einen kleinen Überblick geben, wie aktuell mit dem Thema der enteralen Ernährung bei alten Menschen umgegangen wird. Dazu habe ich Interviews mit PflegedienstleiterInnen, HeimleiterInnen und StationsleiterInnen aus stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Die Darstellung und Auswertung dieser Interviews findet in einem späteren Kapitel statt. Ziel dieser Arbeit ist es auch einen Beitrag zum ethischen Grundverständnis zu leisten.

2. Künstliche enterale Ernährung

Für ein besseres Verständnis möchte ich im folgenden Abschnitt erläutern was unter einer enteralen Ernährung zu verstehen ist. Bei der künstlichen enteralen Ernährung erhält der Patient über eine Sonde spezielle Nährstoffzubereitungen in den Magen oder den Dünndarm. Voraussetzung für eine Sondenernährung ist die Funktionsfähigkeit des Magen- Darm- Traktes. Welche Art von Sonde gelegt wird und welche Sondenkost der Patient erhält ist vom Krankheitsbild abhängig und wird von einem Arzt angeordnet. Die folgende Tabelle zeigt die gebräuchlichsten Sondentypen zur künstlichen enteralen Ernährung.

Sondentyp	Indikation	Indikationsbeispiel
Nasogastrale Sonde	Voraussichtlich kurze Dauer der künstlichen enteralen Ernährung, wenn keine erhöhte Aspirationsgefahr besteht	Bei entzündlichen Darmerkrankungen, appetitlosen und kachektischen Patienten, z.B. nach Chemo- oder Strahlentherapie
Nasoduodenale und nasojejunale Sonde	Voraussichtlich kurze Dauer der künstlichen enteralen Ernährung bei erhöhter Aspirationsgefahr, z.B. durch Reflux von Mageninhalt oder bei Magenentleerungsstörungen	Patienten mit eingeschränktem Bewusstsein, z.B. nach Schlaganfall (Anfangsphase) oder Schädel- Hirn- Trauma
Perkutan-endoskopische Gastrostomie (PEG)	Länger dauernde künstliche enterale Ernährung, wenn keine erhöhte Aspirationsgefahr besteht und keine offene Bauchoperation geplant ist.	Patienten mit Oesophagus-Tumoren oder länger dauernden Schluckstörungen, z.B. bei neurologischen Erkrankungen

	Mit Verlängerung ins Duodenum auch für Patienten mit erhöhter Aspirationsgefahr	
Perkutan- endoskopische Jejunostomie (PEJ)	Länger dauernde künstliche enterale Ernährung mit erhöhter Aspirationsgefahr, wenn keine offene Bauchoperation geplant ist. Implantation nicht überall möglich	Patienten mit länger dauernder Schluckunfähigkeit bei gleichzeitiger Bewusstseinstörung oder verminderten Schutzreflexen
Feinnadelkatheter-jejunostomie (FNKJ)	Länger dauernde künstliche enterale Ernährung bei erhöhter Aspirationsgefahr, wenn der Katheter während einer ohnehin geplanten Operation gelegt werden kann	Tumorpatienten mit großen Resektionen

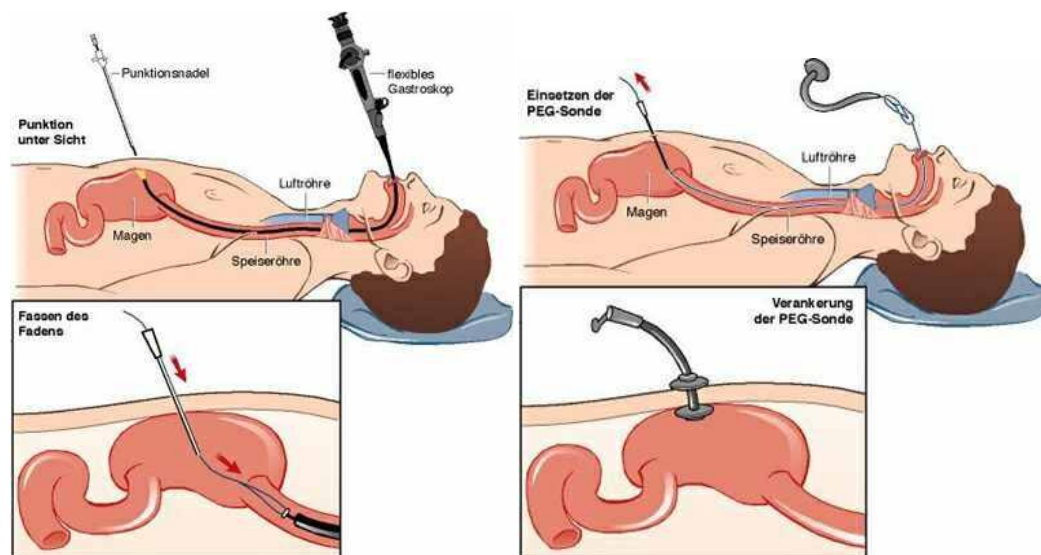
(Bazlen, Kommerell, Menche 2001, S. 369)

Später kann die Nährstoff-, Energie- und Flüssigkeitsmenge durch eine sogenannte Ernährungsschwester festgelegt werden. Diese kann auch bestimmen in welchen Zeitabständen die Nahrung verabreicht werden soll. Zusätzlich zu der Sondenkost sollten Wasser oder ungesüßter Tee verabreicht werden. Die Sondenkost und die zusätzliche Flüssigkeit können per Hand über eine Spritze oder über eine Ernährungspumpe, diese ermöglicht eine kontinuierliche Gabe der Nahrung, verabreicht werden. Die DGEM (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.) und die DGG (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.) haben Leitlinien zum Umgang mit der enteralen Ernährung in der Geriatrie verfasst. Zu finden sind diese unter dem Internetlink

<http://www.dgem.de/leitlinien/01geriatrie100804.pdf>. In diesen Leitlinien wurden Studien, zum Thema enterale Ernährung, analysiert und Empfehlungen zum Umgang mit künstlicher Ernährung erarbeitet.

2.1 Das Legen und die Pflege einer PEG

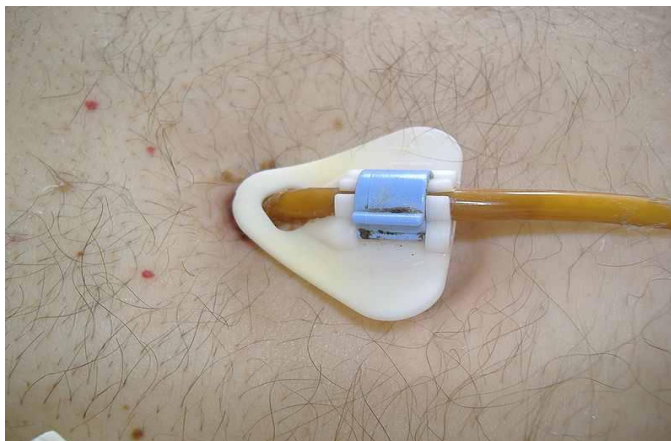
„Während einer Gastroskopie wird der Magen in Lokalanästhesie perkutan, d.h. von außen durch die Bauchdecke hindurch, punktiert. Meist wird dann über die Punktionskanüle ein Faden eingeführt, mit dem Endoskop durch den Ösophagus zurückgezogen und zum Mund des Patienten hinausgeführt. Vor dem Mund wird die Ernährungssonde an diesen Faden geknüpft und dann in den Magen und durch Magenwand und Bauchdecke durchgezogen. Eine Platte innen an der Magenwand und entsprechende Haltevorrichtungen außen an der Bauchdecke gewährleisten einen sicheren Sitz der Sonde. Der Patient muss vor und nach dem Eingriff Nahrungskarenz einhalten (Dauer nach ärztlicher Anordnung).“ (Bazlen, Kommerell, Menche 2001, S. 370)



<http://www.springergesundheit.de/kooperation/therapie/content-232372.html>

Anhand dieser Beschreibung der Vorgehensweise lässt sich erahnen, dass diese Maßnahme für einen alten Menschen eine große Prozedur bedeuten kann. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass diese Sonden auch gepflegt werden müssen. In regelmäßigen Abständen muss der Verband der Sonde erneuert werden. Nach dem Legen der Sonde können Hautreizungen und Infektionen auftreten. Bei manchen Patienten treten nach einiger Zeit Hautwucherungen auf, welche chirurgisch entfernt werden müs-

sen. Nach jeder Nahrungsgabe, über die Sonde, muss diese gründlich durchgespült werden, da es sonst zu Verstopfungen kommen kann. Sollte es zu einer Verstopfung kommen so muss die komplette Sonde erneuert werden. Dies würde eine erneute Prozedur für den alten Menschen nach sich ziehen. Ein weiterer Nachteil besteht darin, dass das Material der Sonden nicht unendlich haltbar ist. Das bedeutet, dass sie sich irgendwann auflösen. Auch hier muss dann über eine Erneuerung der Sonde nachgedacht werden. Die Gabe von Medikamenten ist ebenfalls über eine solche Sonde möglich. Diese Tatsache beinhaltet Vor- als auch Nachteile. Der Vorteil besteht darin, dass lebensnotwendige Medikamente, auch wenn sie der Patient oral nicht einnehmen kann, verabreicht werden können. Nachteilig ist, dass auch andere Medikamente, zum Beispiel zur Sedierung des Patienten, obwohl der Patient diese selbst nicht wollte es jedoch in der ärztlichen Bedarfsmedikation angeordnet ist, durch das Pflegepersonal in den Patienten eingegeben werden können. Es ist also eine Grundvoraussetzung, dass das Pflegepersonal verantwortungsbewusst, mit der Verabreichung von Medikamenten über eine Ernährungssonde, umgeht und die Wünsche des Patienten hierbei berücksichtigt und eingehalten werden.



PEG- Sonde ohne Verband

http://www.pflegewiki.de/wiki/Bild:PEG_04.jpg

Christian Kolb, Diplom Pflegewirt, hat auf seiner Internetseite die Komplikationen einer PEG- Sondenanlage noch einmal kurz und bündig zusammengefasst. „Da die Sonde für den Körper einen Fremdkörper darstellt, können selbstverständlich Komplikationen entstehen. Allerdings ist die Komplikationsrate durch die Sonde bei einer optimalen Pflege relativ sel-

ten. Solche Komplikationen können sein: Infektionen an der Sondeneinstichstelle, Verrutschen der Sonde, Bauchfellentzündung. Auch Komplikationen bzw. Defekte an der Sonde (z.B. Knickstellen, Verstopfung) sind bei einer guten Versorgung kaum zu erwarten. Die häufigsten Probleme kommen eher im Magen-Darm-Trakt vor. Hierbei handelt es sich um Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle und Blähungen. Diese Nebenwirkungen können durch kontinuierliche Zufuhr mittels Ernährungspumpe erheblich gesenkt werden. Außerdem gibt es auch die Möglichkeit, unterschiedliche Sondenkost, bzw. Medikamente zu verabreichen, welche dann evtl. diese Beschwerden lindern. Die am meisten gefürchtete Komplikation ist die Aspiration (Verschlucken) von Mageninhalt und die dadurch entstehende Aspirationspneumonie. Bei der Aspiration gelangen während des Einatmens flüssige oder feste Stoffe in die Atemwege und verlegen diese teilweise oder komplett. Dies führt dann häufig zu einer Lungenentzündung, welche, falls sie nicht rechtzeitig mit Antibiotika behandelt wird, zum Tode führen kann. Die Ursache ist meist eine Magenentleerungsstörung, d.h. die Sondennahrung wird vom Magen nicht weitertransportiert, es kommt zu einem Reflux oder Erbrechen“

(Kolb,Christian.<http://www.nahrungsverweigerung.de/scripts/peg.html#anker5>).

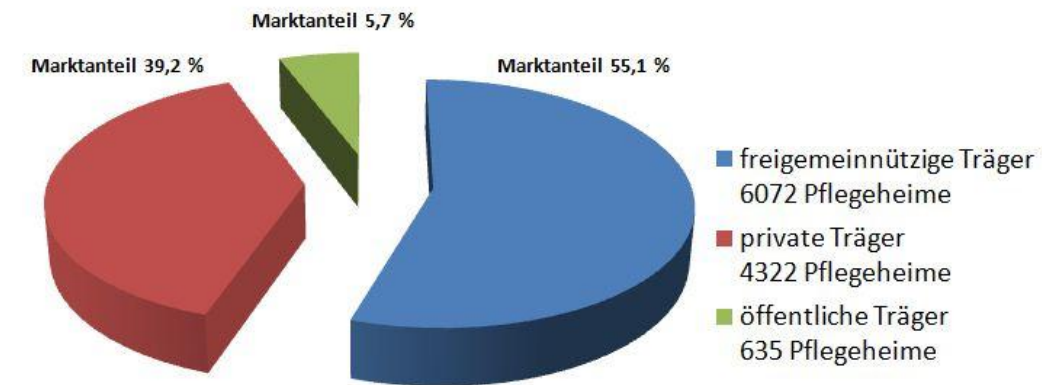
3. Institution Pflegeheim

3.1 Aufbau eines Pflegeheimes

In einem Pflegeheim arbeitet eine Vielzahl von Mitarbeitern. Jedoch ist nicht jeder dazu bestimmt am Patienten zu arbeiten. Neben der Heim- und der Pflegedienstleitung setzt sich der Personalhaushalt noch aus Krankenschwestern/ Krankenpflegern, AltenpflegerInnen, Auszubildenden, Pflegehelfern, dem Küchenpersonal, Reinigungskräften, Ergo- und Physiotherapie, meist einem Hausmeisterteam und SozialarbeiterInnen zusammen. Die Rubrik SozialarbeiterInnen habe ich bewusst an letzte Stelle gesetzt da nicht jedes Pflegeheim über einen Sozialdienst verfügt. Bei ei-

ner Umfrage, welche im fünften Semester in Pflegeheimen, zum Thema Selbstbestimmung und Lebensqualität im Alter, durchgeführt wurde stellte sich heraus, dass in einigen Pflegeheimen die Stellen der SozialdienstmitarbeiterInnen durch die Pflegedienstleitung oder die Ergotherapie abgedeckt werden. Es wurde berichtet, dass die jeweiligen Mitarbeiter ein Tagesseminar zum Thema Biografiearbeit besucht hatten und somit diese Aufgabe, neben den Aufgaben ihres eigentlich erlernten Berufes, übernehmen konnten. Das Berufsfeld der Zivildienstleistenden und der Absolventen eines Freiwilligen Sozialen Jahres sind mittlerweile komplett weggefallen. Diese zählten immer zum festen Personalbestand und waren im Dienstplan nicht wegzudenken. Ersetzt wurde dieser Arbeitszweig durch den sogenannten Bundesfreiwilligendienst. Das Pflegepersonal ist jetzt noch verstärkter auf die Hilfe von freiwilligen Mitarbeitern angewiesen. Kleinere Aufgaben wie die Betreuung oder die Beschäftigung von Patienten, dem Transfer der Patienten in den Speisesaal oder das Spaziergehen entlasten das Pflegepersonal enorm. Fallen diese Aufgaben zusätzlich auf das Pflegepersonal ab so wird die Zeit für die Grund- und Behandlungspflege der Patienten immer kürzer. Darunter leiden die Patienten aber auch das Pflegepersonal. Meist sind beide Seiten mit einer mangelhaften Pflege, aufgrund von Zeitmangel welcher durch fehlendes Pflegepersonal hervorgerufen wird, unzufrieden. Wie es um den Ernährungszustand und die Ernährungssituation der Heimbewohner bestellt ist zeigt der Artikel in Anlage 2. Ob in einer Pflegeeinrichtung eine gute Pflege stattfindet und somit für die Bewohner ein hohes Maß an Lebensqualität besteht lässt sich nicht aus den objektiven Rahmenbedingungen erkennen. Man muss sich daran orientieren wie die Bewohner ihre Situation subjektiv wahrnehmen. Die folgenden Grafiken zeigen die Anzahl der Pflegeheime und der Pflegeplätze in Deutschland, unterteilt in die einzelnen Träger.

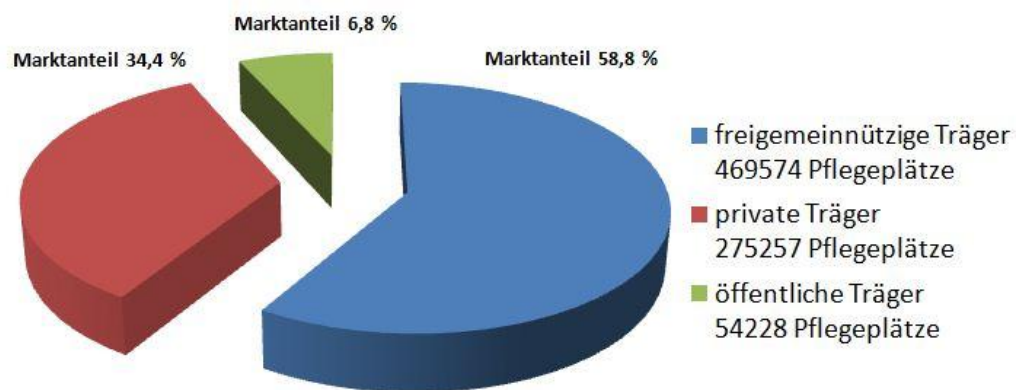
Anzahl Pflegeheime



GeroPert

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009

Anzahl Pflegeplätze



GeroPert

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009

Insgesamt macht das 11.029 Pflegeheime und 799.059 Pflegeplätze. Gegenüberstellen möchte ich eine Tabelle welche die Zahl des Pflegeheimpersonals in Deutschland anzeigt.

Region	Jahr (absteigend)					
	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Deutschland	287.267	315.200	345.255	374.116	393.772	413.128
Niedersachsen	31.668	34.113	37.656	40.903	42.753	44.826
Sachsen	12.653	14.351	16.465	19.157	20.744	22.086
Sachsen-Anhalt	6.872	7.953	8.955	10.452	11.760	12.428

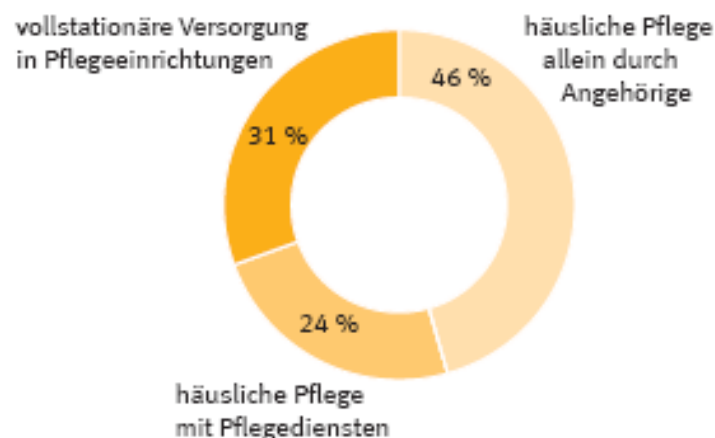
Quelle: www.gbe-bund.de, 2012

Zu beachten ist bei diesen Zahlen, dass nicht nur das Pflegepersonal angegeben ist sondern auch die Mitarbeiter welche für die reine Betreuung der Bewohner zuständig sind. Aus den Zahlen hat sich ergeben, dass pro Pflegeplatz ein Personalschlüssel von 1,93 zur Verfügung steht. Davon muss noch der Anteil des reinen Betreuungspersonals abgezogen werden. Mit diesem Personalschlüssel muss täglich ein Zwei- bis Dreischichtarbeitssystem abgedeckt werden. Dieser Fakt lässt erahnen, wie knapp die Zeit für das Pflegepersonal für die Grund- und Behandlungspflege pro Patient bemessen ist. Bei meiner Tätigkeit als Krankenschwester in einem ambulanten Pflegedienst hatte ich für die große Morgentoilette eine Zeitvorgabe von zwanzig Minuten. Man überlege sich jetzt nur einmal kurz wie viel Zeit man selbst früh im Bad verbringt und geht davon aus, dass man nicht unter einer Mobilitätseinschränkung leidet und keine Gehhilfen benötigt. Die Zeiten, welche für die Grund- oder Behandlungspflege vorgesehen sind, werden von der Krankenkasse vorgegeben. Jede Minute, die am Patienten länger gearbeitet wird, muss bis in das kleinste Detail argumentiert werden. Dies jedoch war nur für den Arbeitgeber relevant, da die überzogene Zeit dann sonst als Freizeit gewertet wurde. Für das Pflegepersonal entsteht hier ein zeitlicher Stressfaktor.

3.2 Gründe für eine Heim- Übersiedlung

Die Gründe für einen Einzug in ein Pflegeheim sind vielfältig. Angeregt wird das Ganze meist durch einen längeren Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung. Der Mensch erliegt seinen körperlichen Abbauprozessen und ist nicht mehr in der Lage seine eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Mobilitätseinschränkungen erschweren den Alltag und können eine selbständige Lebensführung erschweren. Früher oder später ist der Mensch auf Hilfe angewiesen, welche zu Beginn meist durch Angehörige oder dem Lebenspartner erfolgt. Sind die Ressourcen der Angehörigen und /oder des Lebenspartners erschöpft und können oder wollen diese die Pflege ihres hilfe- und pflegebedürftigen Mitmenschen nicht mehr übernehmen so muss über eine andere Möglichkeit, der Versorgung des alten Menschen, nachgedacht werden. Die Unterstützung

durch einen ambulanten Pflegedienst sollte in Erwägung gezogen werden, diese ist jedoch nicht immer ausreichend. Kann die Versorgung des alten Menschen im häuslichen Umfeld nicht mehr hundertprozentig abgedeckt werden so muss man sich, über einen eventuellen Einzug in ein Pflegeheim, Gedanken machen. Einige alte Menschen machen selbst den ersten Schritt und bevorzugen eine Heim- Übersiedlung. Meist steht dahinter der Gedanke, dass man seinen Angehörigen nicht mehr zur Last fallen möchte. „Letztlich haben die interviewten alten Menschen auch mit dem Leben im Pflegeheim eine Entscheidung getroffen, mit der sie ihre Familien von der Aufgabe der Pflege und Unterstützung weitestgehend entlasten“ (Pleschberger 2005, S. 129). Das Gefühl rund um die Uhr versorgt zu werden und das Wissen, es ist jemand da wenn ich Hilfe brauche, gibt zudem vielen alten Menschen eine gewisse Sicherheit. Die folgende Grafik soll verdeutlichen wie derzeit die Verteilung der Pflegebedürftigen ist.



Pflegebedürftige nach Versorgungsart (2009), Statistisches Bundesamt, 2011

Eine weitere Grafik soll anzeigen wie viele Pflegebedürftige einer Altersgruppe zur Zeit in einem Pflegeheim betreut werden.

	Insgesamt	Männer	Frauen
unter 15	0,5	0,5	0,6
15 – 59	13,3	15,3	11,2
60 – 64	22,3	25,1	19,4
65 – 69	24,0	25,1	22,8
70 – 74	25,0	24,1	25,7
75 – 79	26,9	23,2	29,2
80 – 84	31,9	25,3	34,5
85 – 89	39,3	30,0	41,7
90 und mehr	48,0	35,2	50,4
Insgesamt	30,7	23,2	34,4

„Heimquote“ Anteile an allen Pflegebedürftigen der jeweiligen Altersgruppe (2009, in %),
Statistisches Bundesamt 2011

3.3 Pflegebedürftigkeit im Kontext Pflegeheim

Da schon einige Male der Begriff der Pflegebedürftigkeit gefallen ist soll nun erst einmal erläutert werden worum es sich hierbei genau handelt. „Pflegebedürftigkeit: Unvermögen, die Verantwortung für die eigene Gesunderhaltung übernehmen zu können, sei es durch Krankheit oder (altersbedingter) Behinderung. Dabei kann es sich um ein vollständiges Unvermögen handeln, bei dem der Betroffene komplett auf fremde Hilfe angewiesen ist, oder um ein bedingtes Unvermögen, bei dem er nur bei einigen Maßnahmen Hilfe braucht“ (Bazlen, Kommerell, Menche 2001, S. 8). Laut Aussage des statistischen Bundesamtes hat es seit Einführung der Pflegestatistik im Jahr 1999 einen leichten Anstieg der Pflegebedürftigkeit, von 2,5% auf 2,9% gegeben (vgl. Statistisches Bundesamt 2011, S. 82). Die Pflegebedürftigkeit wird in drei Pflegestufen eingeteilt. Pflegestufe 1 bedeutet, dass eine erhebliche Pflegebedürftigkeit besteht. Folgende Bedingungen müssen hierfür erfüllt sein „Personen, die mindestens einmal täglich für wenigstens zwei Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität Hilfe brauchen und sich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung helfen lassen müssen“ (Bazlen, Kommerell, Menche 2001, S. 102). Bei der Pflegestufe 2 handelt es sich um eine schwere Pflegebedürftigkeit. Gemeint sind damit „Perso-

nen, die mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten in den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität Hilfe brauchen und sich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung helfen lassen müssen“ (ebd., S. 102). Zum Schluss ist noch die Pflegestufe 3 zu nennen bei der es sich um eine schwerste Pflegebedürftigkeit handelt. Eingruppiert werden hier „Personen, die täglich rund um die Uhr, auch nachts, Hilfe brauchen und sich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung helfen lassen müssen“ (ebd., S102). Die jeweilige Einteilung in eine dieser Pflegestufen erfolgt durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Die Begutachtung des hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, welche durch einen Sachverständigen der Krankenkasse erfolgt, ist meiner Meinung nach sehr streng. In circa einer Stunde soll sich der Gutachter ein Bild über den bedürftigen Menschen machen und soll einschätzen ob dieser Hilfe durch andere Personen benötigt und zur Abdeckung der Kosten eine Pflegestufe erhält. Das Dilemma welches hierbei entsteht ist, dass der alte Mensch vor einer fremden Person ungern seine Schwächen zugibt. Nur eine falsche Bewegung, zum Beispiel ein zu fester Händedruck, entscheidet über die Genehmigung einer Pflegestufe oder eben nicht. Anhand der Pflegestufe entscheiden auch einige Pflegeheime ob sie einen Menschen aufnehmen oder nicht. Pflegestufe 3 bedeutet einen erhöhten Arbeitsaufwand, welcher durch das vorhandene Pflegepersonal eventuell nicht abgedeckt werden kann. Während meines Praktikums im Geriatriezentrum ist es des Öfteren passiert, dass der alte Mensch mit einer Pflegestufe 3 nicht aufgenommen wurde, obwohl das Pflegeheim freie Betten angezeigt hatte. Ein weiterer Faktor der hier verborgen liegt ist der der Finanzierung. Eine Pflegestufe 1 ist besser abrechenbar und lukrativer. Es bleibt am Ende, für das Pflegeheim, mehr Geld übrig. Hier ist für mich schon erkennbar, dass es sich bei der Pflege alter Menschen größtenteils um Zeit und Geld dreht. Im Kontext Pflegebedürftigkeit und Pflegeheim war für mich auch eine Aussage von Belardi und Fisch sehr widersprüchlich. „Menschen in dieser Situation können durch die vielen Hilfemöglichkeiten und Dienste im Heim besser versorgt werden und mehr Freiheiten genießen. Das erhöht die Lebensqualität, da sich der Aktionsradius vergrößert und mehr soziale Kontakte möglich sind“

(Kerckhoff 1999, S. 133). Diese Behauptung, trifft meiner Meinung nach, nur bei einem mobilen und teilweise noch orientiertem Bewohner zu. Bei dem heutigen Personalmangel und dem zusätzlichen Wegfall der Zivildienstleistenden und der FSJ'ler (Absolvierende eines Freiwilligen Sozialen Jahres) kann man kaum von vielen Hilfsmöglichkeiten sprechen. Die Hilfen in einem Pflegeheim beschränken sich, nach meinen Erfahrungen, nur auf das Nötigste. Das bedeutet waschen, anziehen, Essen reichen, Inkontinenzmaterial wechseln und das Lagern von immobilen Bewohnern. Ein immobiler Bewohner kommt nur selten aus seinem Zimmer. Zusätzliche Bewegung geschieht meist nur durch die Ergo- und/ oder Physiotherapie, falls diese vom Arzt verordnet wurden. Die sozialen Kontakte beschränken sich somit auf das Pflegepersonal und eventuell noch die Angehörigen. Als Bewohner im Pflegeheim ist man auf die Hilfe und die Ressourcen Anderer angewiesen. Das Pflegeheim gibt vor wann und was es zu Essen gibt, wann gebadet wird, wann Wäsche gewaschen wird, wann Nachtruhe ist und wann aufgestanden wird. Dieses bestätigten mir auch ehemalige Kollegen und Kolleginnen, welche teilweise auch noch zum aktuellen Zeitpunkt in einer Pflegeeinrichtung als Pflegeperson tätig sind. Das Wohnen in einem Pflegeheim bedeutet auch seine eigenen Ansprüche zurückzuschrauben. Bewohner, welche dem Pflegepersonal nur wenig zur Last fallen und kaum Wünsche äußern, sind beliebt und gern gesehen. Andere, welche nach Empfinden des Pflegepersonals, hohe Ansprüche haben und ständig um Hilfe bitten, sind unbeliebt und werden gemieden. Sabine Pleschberger hat zum Thema Sterben in Würde in Pflegeheimen Interviews mit Bewohnern durchgeführt und ist nach deren Auswertung zu folgenden Ergebnissen gekommen: „Angesichts knapper (Personal-) Ressourcen im Heim gefährden die HeimbewohnerInnen mit „überzogenen Ansprüchen“ in den Augen der „braven“ HeimbewohnerInnen mit ihrem Verhalten das Wohl der gesamten Organisation. [...] Würdigung erhoffen sich die InterviewpartnerInnen in erster Linie durch Anpassung und Zurückhaltung, und es liegt nahe, dass dieses Verhalten auch tatsächlich von Seiten der Organisation geschätzt wird“ (Pleschberger 2005, S. 124).

4. Fragestellung und methodisches Vorgehen

4.1 Grundidee der Interviews

Aufgrund meiner vorangegangenen persönlichen Erfahrungen, was den praktischen Umgang mit dem Thema enterale Ernährung betrifft, wollte ich die Seite derer beleuchten, die unmittelbar von dieser Thematik betroffen sind. Die Idee bestand darin, alte Menschen mit einer enteralen Ernährung zu interviewen. Ich wollte herausfinden ob sie, vor der Anlage einer Sonde, ausreichend über dieses Thema informiert wurden. Hatten diese Menschen eine Bedenkzeit und wurde ihnen die Möglichkeit gegeben, die Entscheidung über eine Anlage einer Ernährungssonde, abzulehnen? Die Altersgruppe der alten Menschen wählte ich da sie in unserer Gesellschaft zu einer der hilflosesten Teile der Bevölkerung gezählt wird. Unter diesem Gesichtspunkt war es für mich wichtig, herauszufinden inwieweit diese zugeschriebene Hilflosigkeit ausgenutzt wird. Wurde der Wille des Bewohners, des alten Menschen wirklich berücksichtigt? Zu klären sei an dieser Stelle auch ab wann ein Mensch in die Rubrik alt eingeteilt wird. In der Literatur spricht man meist ab dem fünfzigstem Lebensjahr von einem alternden Mensch, ab dem sechzigstem Lebensjahr von einem älteren Menschen und ab dem siebzigstem Lebensjahr von einem alten Menschen. Dies entspricht auch meinen Vorstellungen, wenn es darum geht eine Definition zu finden ab wann ein Mensch alt ist. Eine Idee bestand auch darin, zu recherchieren, wie speziell während des Sterbeprozesses mit dem Aspekt enterale Ernährung umgegangen wird. Schließlich handelt es sich, bei der Anwendung einer enteralen Ernährung, auch um eine lebensverlängernde Maßnahme. Bei der Befragung sollte kein, vorher zusammengestellter, Fragekatalog verwendet werden. Unter Verwendung eines narrativen Interviews sollten die Menschen frei aus ihrem Leben erzählen bis zu dem Punkt an dem eine enterale Ernährung für sie nötig wurde.

4.2 Feldzugang

Für die Befragung habe ich mich auf die Region Chemnitz beschränkt da es sich hierbei um meine Heimatstadt handelt und ich mir einen aktuellen Überblick über die vorherrschende Situation in den Pflegeeinrichtungen, speziell in meinem Lebens- und Handlungsbereich, verschaffen wollte. Ausgehend von dieser Grundlage habe ich zwölf Pflegeeinrichtungen in der Region Chemnitz, per E- Mail, mit meinem Anliegen kontaktiert. Von diesen zwölf Einrichtungen haben sich innerhalb von vierzehn Tagen sieben zurückgemeldet. Bei den Rückantworten handelte es sich um sechs Absagen und einem Hinweis, die Interviews in Behinderteneinrichtungen durchzuführen. Bei vier von sechs Absagen wurde eine Begründung beigefügt. Eine Einrichtung signalisierte, dass sie keine Bewohner mit einer künstlichen Ernährung habe. Bei drei Absagen wurde angegeben, dass es zwar Bewohner mit einer künstlichen Ernährung gäbe, diese jedoch aufgrund ihres Krankheitsbildes nicht in der Lage seien ein Interview durchzuführen. Unter Beachtung meines Zeitbudgets änderte ich meine Grundidee, was die Zielpersonen der Interviews anbelangt

4.3 Umstrukturierung des Feldzugangs

Da es anscheinend nicht möglich war einen Bewohner, mit einer enteralen Ernährung, für ein Interview zu gewinnen, entschied ich mich die EinrichtungsleiterInnen und die PflegedienstleiterInnen der jeweiligen Pflegeeinrichtungen zu befragen. Ich entschied mich, ein leitfragengestütztes Interview durchzuführen um so direkt die Informationen zu erhalten, welche für mein Anliegen relevant sein könnten. Das Ziel bestand darin, herauszufinden ob die Bewohner, die alten Menschen ausreichend über die Vor- und Nachteile einer künstlichen Ernährung informiert wurden, ob der Wille des alten Menschen berücksichtigt wurde oder ob Entscheidungsbefugnisse überschritten wurden. Desweiteren war es für mich interessant herauszufinden inwieweit die Indikation, für eine enterale Ernährung, gerechtfertigt ist. Die Selbstbestimmung und die Lebensqualität im Alter sind die prägnanten Schlagworte an denen ich mich orientieren wollte. Ich entwickelte einen Fragebogen welcher die fünf folgenden Fragen beinhaltet:

1. Wie viele Bewohner werden in Ihrer Einrichtung künstlich ernährt?
2. Warum werden die Bewohner künstlich ernährt? Welche Indikation besteht?
3. Was glauben Sie, warum alte Menschen die Nahrungsaufnahme verweigern?
4. Wie stehen Sie persönlich zum Thema künstliche Ernährung? Was denken Sie, was es bedeutet künstlich ernährt zu werden?
5. Würden Sie selbst künstlich ernährt werden wollen?

Ich behielt es mir vor, während des Interviews auch noch andere Fragen an meine/n InterviewpartnerIn zu stellen. Mit der Begründung, dass es in meiner Arbeit zu einer Themenverlagerung gekommen sei schrieb ich zu Beginn erneut die Pflegeeinrichtungen an, welche sich nach meiner ersten Anfrage zurück gemeldet hatten. Mit dem Gedanken, mehrere Interviewpartner, passend zu meinem Thema gewinnen zu können, entschloss ich mich kurze Zeit später weitere Einrichtungen, in der Region Chemnitz, zu kontaktieren und mein Anliegen zu schildern. Insgesamt habe ich siebzehn Pflegeeinrichtungen per E- Mail angeschrieben. Letztendlich ist es mir gelungen sechs InterviewpartnerInnen für mein Vorhaben zu gewinnen.

5. Auswertung der Interviews

Für die Auswertung der leitfragengestützten Experteninterviews habe ich mich für die Methode der qualitativen Sozialforschung nach Uwe Flick entschieden. „Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten „von innen heraus“ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“ (Flick 2000, S. 14). Diese Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale können den Nicht- Professionellen eines Handlungsfeldes verschlossen bleiben. Aber auch bei den Professionellen, von denen man annimmt, dass für sie alles selbstverständlich sei, kann einiges im Hintergrund verborgen sein. Die qualitative Forschung ermöglicht es, ein klareres Bild zu schaffen und zeigt auf, was es aus der Sicht der Betroffenen bedeutet, jeden Tag mit dem Thema der enteralen Ernährung konfrontiert zu werden. Um die Textpassagen aus den Interviews ohne Verwechslungen zuordnen zu können entschied ich mich für folgende Kennzeichnung: Großbuchstabe I für Interview, die Zahl für das entsprechende Interview und die dazugehörige Zeilennummerierung. Beispiel: I3, Zeile 251- die Textstelle befindet sich im geführten Interview Nummer drei, Textzeile Nummer 251.

5.1 Schwerpunktanalyse

Nach der Transkription der Interviews habe ich versucht prägnante Themen herauszuarbeiten. Als Schwerpunkt hat sich dann das Thema der Patientenverfügung herauskristallisiert. Eng verbunden damit ist für mich die Thematik der Selbstbestimmung und der Lebensqualität im Alter. Ebenfalls prägnant hervorgetreten ist die Problematik mit der Auseinandersetzung betreffend der letzten Lebensphase, dem Sterben und dem Tod, eines Menschen. Dieses ist für viele in unserer Gesellschaft ein nicht gern angesprochenes Thema. Dennoch sollte sich darüber Gedanken gemacht werden, denn auch in dieser Phase hat der Mensch ein Recht auf Lebensqualität und Selbstbestimmtheit. Und nur wenn sich mit diesem

Faktum auseinandergesetzt und intensiv beschäftigt wird ist ein würdevoller Umgang garantiert.

5.1.1 Selbstbestimmung und Lebensqualität im Alter

5.1.2 Patientenverfügung

Bei der Patientenverfügung handelt es sich um eine schriftliche oder mündliche formfreie Willenserklärung. Sie soll den Betreffenden im Fall einer Einwilligungs- oder Entscheidungsunfähigkeit vertreten und dessen Wünsche und seinen Willen in Bezug auf medizinische Behandlungen kundgeben. Die Patientenverfügung enthält Anweisungen an alle handelnden Personen, die an einer Behandlung und Betreuung des Patienten, zum Beispiel während der Sterbephase, nach einem Unfall oder bei einem unaufhaltbarem schweren Leiden, teilnehmen. Geregelt wird in so einem Schriftstück die Vorgehensweise bei Eingriffen wie zum Beispiel einer künstlichen Beatmung, Dialyse, Organersatz oder künstliche Ernährung. Auch Einschränkungen bestimmter Behandlungen können in der Verfügung festgehalten werden. Sinnvoll ist es, in den letzten Lebensphasen Aussagen über die persönliche Lebenseinstellung, die religiöse Überzeugung sowie die Bewertung von Schmerzen, körperlichen Schäden, bleibende Behinderung und Pflegebedürftigkeit zu treffen. So ist auch eine optimale Handlungsweise, bei nicht vorhersehbaren und in der Verfügung festgehaltenen Situationen, nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten, möglich. Gesetzliche Vertreter sind an dem, in der Patientenverfügung geäußerten Willen, gebunden. Auch sind Patientenverfügungen nach geltendem Recht grundsätzlich verbindlich und niemand darf sich über die bekundeten Willensäußerungen hinwegsetzen. Abgelehnt darf eine solche Verfügung nur werden wenn in ihr rechtlich Verbotenes, zum Beispiel der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe, verlangt wird. Die Bundesärztekammer empfiehlt die Unterschrift der Patientenverfügung im Abstand von circa zwei Jahren zu erneuern. Somit wird bestätigt, dass der Inhalt noch dem aktuellen Willen entspricht. Von Vorteil ist es auch eine Vertrauensperson zu benennen, mit welcher der bekundete Wille in der Verfügung besprochen wurde. Die angegebene Vertrauensperson sollte die Patientenverfü-

gung ebenfalls unterschreiben. Das Schriftstück sollte im Notfall schnell auffindbar sein. Ratsam ist es, der Vertrauensperson und eventuell auch dem Hausarzt, eine Kopie zu hinterlassen (vgl. Kraus, Zippel 2009, 487 ff.). Dass der Umgang mit solch einer Patientenverfügung teilweise strittig ist, sich manchmal über die Festlegungen in diesem Dokument hinweggesetzt wird und es für das Pflegepersonal, Angehörige und Ärzte nicht ganz einfach zu handhaben ist, besonders wenn es zum Beispiel um Maßnahmen während des Sterbeprozesses geht, spiegelt sich in einigen Aussagen der Interviews wieder.

„ [] wir ham Bewohner die ham och Patientenverfügungen und och über diese Patientenverfügungen hinaus werden solche Dinge teilweise noch durchgeführt.

I: Also auch wenn in der Patientenverfügung steht ich will das nicht
S: ham
mor's schon gehabt das im Notfall jemand wieder kam mir nor PEG.“
(I2, Zeile 63- 68)

„S: Ich bin der Meinung mor sollte doch noch äh gewisses Recht haben über sein eignen Körper zu verfügen und es beziehungsweise wenn mor's och nicht schriftlich gemacht hat das Ganze einfach Leute die's wissen ganz einfach oh das Recht haben das zu sachen und das dann ganz einfach oh akzeptiert wird nor. Und oh wenn's schriftlich niedergelegt is das solche Sachen nachher akzeptiert werden weil es gibt och solche Sachen wo sich oh da drüber hinweg gesetzt wird“ (I3, Zeile 108- 114).

„Klar ham mir och die Patientenverfügungen aber das kann man och in nor Patientenverfügung natürlich gut niederschreiben, dass wenn so ne Sterbephase einfach .. ersichtlich ist, dass dann och wenn mor ernährt wird aber och hier ist dann wieder die Frage „Wer legt denn jetzt plötzlich fest, wenn derjenige sich selber nicht mehr äußern kann, der Betroffene selber, wer legt denn fest ab wann die Phase losgeht?“ Das is ja och fließend, das is ja ni eindeutig ... “ (I6, Zeile 316- 322).

„Und oh wenn´s schriftlich niedergelegt is, dass solche Sachen nachher akzeptiert werden weil es gibt och solche Sachen wo sich oh da drüber hinweg gesetzt wird“ (I3, Zeile 112- 114).

Andererseits ist auch festzuhalten, dass es jetzt mehr Patientenverfügungen zu geben scheint, dass die Menschen diesbezüglich jetzt aufgeklärter sind und bewusst Vorkehrungen treffen.

„ [] und ganz viele Leute ham eben jetzt och ne Patientenverfügung, nachdem die ja jetzt doch mehr anerkannt wird wies eben damals war. Damals gabs och schon Leute die mal gesagt haben ich möchte das ni oder das ni oder das ni aber das wurde ja ni wirklich so anerkannt []“ (I1, Zeile 69- 73).

„I: Ja ja. Haben da die Bewohner eine Patientenverfügung?

S: Mhm meistens. Die meisten und da steht och, also bei ganz ganz vielen steht drinne, dass se nicht künstlich ernährt werden möchten. Das wird eigentlich immer=der Trend geht immer weiter dahin das se´s nicht möchten (holt tief Luft).“ (I4, Zeile 22- 26)

„Es ist erstaunlich in letzter Zeit äh sind die Bewohner die einziehen besser aufgeklärt, oh von den Hausärzten her besser aufgeklärt und sehr sehr viele, also es ist fast jetzte das mor sagen können zwo Drittel, bringt Patientenverfügungen mit.“ (I5, Zeile 59- 62)

Der Trend scheint dahingehend zu sein, dass die Menschen sich im Alter absichern wollen. Sie wollen trotz Krankheit selbstbestimmt weiterleben können und auch die letzte Phase ihres Lebens so verbringen können wie sie es sich gewünscht haben. Der Wunsch und der Wille des Patienten sollten an erster Stelle stehen und bedingungslos akzeptiert und respektiert werden. „Wenn die Selbstentscheidung des Menschen ernstgenommen wird, so hat er ein Recht darauf, bis zu seinem Ende als „lebender Mensch“ behandelt zu werden, egal wie berechtigt oder unberechtigt seine Hoffnung auf noch „länger leben können“ ist“ (Kerkhoff 1999, S.35).

Trotz des Vorhandenseins von Patientenverfügungen sieht sich das Personal manchmal in einer Art Zwickmühle und gerät in einen eigenen Konflikt. Jemanden sterben zu lassen, auch wenn dies explizit dem Wunsch des Betroffenen entspricht, widerspricht dem Berufsethos. Trotz rechtlicher Fortschritte besteht weiterhin ein Handlungsbedarf, was die rechtliche Absicherung betrifft. Ein Artikel in Anlage 3 soll die Problematik noch einmal verdeutlichen.

5.1.3 Sterben und Tod

Sterben ist heutzutage ein allgegenwärtiges Geschehen. Es findet in Institutionen aber auch in kleineren Kreisen unmittelbar Betroffener leise und für andere weitestgehend unbemerkt statt. Die heutigen Abschiedsrituale sind meist auf das Nötigste beschränkt. Umso erfreulicher war es für mich zu sehen, dass in einigen Pflegeeinrichtungen eine Kerze im Eingangsbereich angezündet wird, wenn einer der BewohnerInnen verstorben ist. Das Pflegepersonal, die anderen BewohnerInnen und auch die Besucher wissen was dieses Symbol zu bedeuten hat und so kann jeder, in seinem persönlichen Rahmen, Abschied nehmen. Das Thema Tod wird so nicht tabuisiert und bleibt in der Öffentlichkeit präsent. Wenn ein alter Mensch sich dazu entscheidet seine Nahrung zu verweigern dann sollte man dies respektieren. Es handelt sich hierbei um einen natürlichen Abbauprozess. Während der Sterbephase fährt der Körper seinen Bedarf an Nahrung und Flüssigkeit immens herunter und der Mensch zieht sich in eine ruhige Ecke zurück. Niemand sollte sich diesem Prozess entgegenstellen. „Ist die grundsätzliche ethische Frage der Selbstbestimmung in dem Beziehungsdreieck Arzt- Pflegepersonal- Patient geklärt, dann wird es notwendig sein, daß die Teilnahme an Entscheidungen eine Selbstverständlichkeit wird. Es wird aber auch in gleicher Weise notwendig sein, daß die Entscheidungen, die der Patient für sich trifft, respektiert werden“ (Kerkhoff 1999, S.34). Dass alte Menschen die Nahrung verweigern kann, neben dem bereits erwähnten Grund des Sterbeprozesses, noch andere Ursachen haben. So haben zum Beispiel einige Medikamente eine appetitszügelnde Wirkung und verändern den Geschmackssinn. Andere wiederum induzie-

ren Gefühle von Übelkeit, Schwindel und Unwohlsein, Symptome bei denen kein Mensch gern Nahrung zu sich nimmt. Auch der Zahnstatus spielt eine wichtige Rolle. Zahnprobleme oder eine schlecht sitzende Zahnprothese sind ebenfalls Probleme die abgeklärt werden sollten, wenn Essprobleme bestehen. Hat ein Patient Schmerzen im Mund- oder Rachenbereich so erschwert dies ebenso die Nahrungsaufnahme. Noch problematischer gestaltet sich diese Situation bei Bewohnern welche die Schmerzen verbal nicht äußern können. Hier ist das Pflegepersonal besonders dazu angehalten auf einen intakten Mund- und Rachenraum zu achten. Zu bedenken sei auch, dass im Alter die Geschmacksknospen weniger werden und sich somit der Geschmackssinn ändert. Auch ist die Vielfalt an Lebensmitteln in einer Pflegeeinrichtung nicht so groß wie im privaten Umfeld und es ist schwierig auf persönliche Wünsche einzugehen. Ist ein Bewohner neu in die Pflegeeinrichtung eingezogen so sind meist seine Essgewohnheiten noch nicht bekannt. Die Auskunft von Angehörigen, zu früheren Essgewohnheiten, sind eine große Hilfe. Neben den körperlichen Ursachen, die zu einer Nahrungsverweigerung führen können, sollen auch die seelischen Auslöser erwähnt werden. Zu den psychisch auffälligen Verhaltensweisen zählen hier motorische Unruhe, aggressives Verhalten, häufiges Rufen oder starke Rückzugstendenzen. Viele alte Menschen die in eine Pflegeeinrichtung einziehen leiden zu Beginn unter Heimweh. Sie geben ihre alte gewohnte Umgebung auf in der sie sich sicher und geborgen fühlten und müssen sich jetzt in einer ungewohnten Umgebung zurechtfinden. Einige gewöhnen sich an diese neue Umgebung und können sich in die neue Tagesstruktur integrieren. Andere ergeben sich dieser neuen Situation und dulden diese. Es ist davon auszugehen, dass sich manche Bewohner der Konsequenzen einer Nahrungsverweigerung bewusst sind. Es ist oftmals das Einzige was sie für sich noch selbst bewusst entscheiden können. Sie wissen, dass wenn sie keine Nahrung mehr zu sich nehmen, dass sie dann sterben. Steht hinter einer seelischen Störung der Wunsch des Patienten zu sterben, dann ist es sehr schwierig ihn zum Essen zu animieren. Das Sterben und der Tod sind in unserer Gesellschaft eines der größten Tabuthemen. Die meisten Menschen schieben dieses Thema weit von sich weg, ignorieren es und sind

bestrebt dieses Thema zu umgehen. Dabei sollte man sich ein Stück weit mit dieser Thematik befassen um die vorangegangenen Warnsignale zu erkennen, zu verstehen und gegebenenfalls intervenieren zu können. Dass es in unserem Alltag noch nicht so stark frequentiert ist zeigen auch Aussagen meiner InterviewpartnerInnen.

„Nor un un un das selbe Spiel is eigentlich och wenn jemand hier ist und es geht plötzlich jemandem schlechter und mor hat diesen diesen Umgang Sterben, Tod. Es ist immer noch in unserer Gesellschaft der Tod wird weggeschoben, der Tod gehört ni dazu, und das is eigentlich das ganze Problem“ (I2, Zeile 143- 147).

„Es ist ganz einfach so, dass der Körper des Menschen so ausgestattet ist, dass wenn seine Endzeit beginnt, seine Sterbephase eingeleitet wird, er zuerst aufhört zu essen, das ist also ein ganz natürlicher Prozess. Äh. da aber das Sterben allgemein in unsrer Gesellschaft halt ni so als das Thema gesehen wird, viele davor Angst haben und dann ehm .. diesen dieses Einstellen als Gefahr betrachten statt als Einleitung des Sterbeprozesses .. “ (I5, Zeile 23- 29).

„ [] Das is aber in Nachteil unsrer zivilisierten Gesellschaft, wir könn mit dem Tod ni umgehn.

I: Mhm.

S: Tod is für uns keen Thema“ (I5, Zeile 184- 187).

„ [] das is in heikles Thema weil mir reden dort über Tod und Sterben []“ (I5, Zeile 140- 141).

Ich bin der Auffassung, dass es sich hierbei um kein heikles Thema handeln sollte. Sicher hat sich jeder schon einmal Gedanken gemacht wie er oder sie sich den idealen Sterbeprozess vorstellt. Während meiner beruflichen Laufbahn als Krankenschwester war der häufigste Wunsch, dass man ruhig einschläft und dann einfach nicht mehr aufwacht. Keiner möchte an seinem Lebensende unter Schmerzen und Qualen leiden müssen. „Ein zentrales Bedürfnis sterbender Menschen ist Schmerzfreiheit. Eng

damit verbunden ist der Wunsch, „wenn es soweit ist“, möglichst schnell sterben zu können“ (Pleschberger 2005, S. 70). In ihrem Buch erwähnt Frau Pleschberger weiterhin noch folgende Aspekte: „Die größten Befürchtungen auf Seiten der BewohnerInnen bestehen darin, in der letzten Lebensphase unter großen Schmerzen leiden zu müssen. [] besteht ein zentraler Wunsch der Befragten darin, den Sterbeprozess nicht unnötig zu verlängern“ (ebd., S. 71). Gerd Göckenjan hat ähnliche Erkenntnisse zum Thema Sterben und Tod gewonnen. „Befürchtungen, Schmerzen und sonstige Qualen erleiden zu müssen, bzw. unnötiger Lebensverlängerung und einer Apparatedizin ausgesetzt zu sein [] sondern der Wunsch, dass der Tod schnell und komplikationslos eintreten möge“ (Göckenjan 2008, S. 8). Bei einer künstlichen Ernährung handelt es sich um eine lebensverlängernde Maßnahme, die einen Sterbeprozess in eine nie enden wollende Odyssee verwandeln kann. Dies bestätigt sich auch in den, von mir geführten, Interviews.

„S: Nor. Es is immer so ne Sache, vor allen Dingen weil’s och wirklich ne lebensverlängernde Maßnahme is und die Leute könn oftmals ganz sehr schwer sterben“ (I2, Zeile 46- 48).

„[] aber in in Fällen, wo also der Bewohner schon deutlich äußert, ob verbal oder nonverbal, dass ähm ene keen Lebenswille mehr da ist, dann hab ich schon meine Zweifel dran weil es is schon eindeutig enne lebensverlängernde Maßnahme. [] Ja aber von meinen Erfahrungen her ähm verlängert es schon das das Leben und manchmal schon och das Leiden ...“ (I6, Zeile 145- 152).

„[] dass ich das für mich nie haben möchte weil’s für mich ein hinausgezögertes sterben ist (4), in den überwiegenden Teilen“ (I5, Zeile 34- 35).

Wird ein Leiden verlängert so kann man nicht von einem würdevollen und humanem Sterben sprechen. In unserer heutigen Gesellschaft sollte dies, einschließlich einem angstfreien Sterben, möglich sein. „Sterben ist das, vor dem die Menschen heute Angst haben. [] Mit dem Tod, dem Nicht-Sein, wird dagegen wenig Beunruhigendes verknüpft“ (Göckenjan 2008, S.8).

5.1.4 Krankenhäuser und deren Umgang mit PEG- Sonden

Erstaunt hat mich, dass in mehreren Interviews die Aussage getroffen wurde, dass die Krankenhäuser noch erstaunlich oft zu der Anlage von PEG- Sonden raten. Den Angehörigen wird immer wieder vorgeworfen, sie würden ihr Familienmitglied sonst verhungern lassen. Die Krankenhäuser sind primär auf das Retten von Leben und um eine gute Durchlaufquote von Patienten ausgerichtet. Eine individuelle Betreuung ist kaum möglich und auf Wünsche der Patienten wird nur selten eingegangen. Teilweise werden voreilig Behandlungsmethoden begonnen ohne vorher die genaue Situation des Patienten abzuklären. Wer sich selbst verbal nicht äußern kann muss sich meist seinem Schicksal hingeben. Die Selbstbestimmung im Krankheitsgeschehen ist somit, für mein Empfinden, stark eingeschränkt.

„S: Nö. Wir ham jetzt ne Bewohnerin, die is och damals in´s Krankenhaus vor vielen Jahren, sechs, sieben Jahre isses her, die hat dort ne PEG gekriegt. Aufgrund der Demenz hat die dort ni gegessen, hatte och nen Schlaganfall, aber der Schluckreflex war durchaus da, war von hier mit nor Entgleisung, mit nor Diabetesentgleisung, in´s Krankenhaus. Hat dort die Leute ni gekannt, bei fremden Leuten hat die ni gegessen (holt tief Luft) und hat ne PEG gekriegt. Die hat die PEG sechs Jahre gehabt, die hat sich nu selber verdaut. []“ (I2, Zeile 76- 83).

„[] Da liegt oftmals schon ne Nasensonde und dann ja und sie könn doch aber ihren Angehörigen ni verhungern lassen. Das hör ich ganz oft, dann wenn´s um solche Gespräche ging. Wir ham voriges Jahr och so nen Fall gehabt. Die war och mit nem Schlaganfall in´s Krankenhaus gekomm und dort waren, Gott sei Dank, die Angehörigen sehr stark. Die waren zwischenrein och nochmal bei uns, ham sich beraten lassen und da kam genau och mit dieser Aussage, die die Angehörigen eigentlich och grundsätzlich kriegen, och wenn die Patientenverfügung da ist, sie lassen jetzt ihre Mutter oder ihren Vater verhungern. Und wer ist dann so stark und sagt ich lass ne jetzt verhungern“ (I2, Zeile 114- 124).

„[] Wir haben oh schon Patienten gehabt die in der Klinik, wo die Angehörigen in der Klinik dann darüber aufgeklärt worden, dass sie ja ihre Leute verhungern, die dann ne Sonde gelegt bekomme ham und wir, wo wir dann nach Jahr dann gesagt haben, Leute das is nur hinauszögern []“ (I5, Zeile 66- 70).

„[] Es ist eher so, dass die Angehörigen ähm komm und dann sagen na ja im Krankenhaus da hat man gesagt wir solln ne Sonde legen lassen, ähm mit dem Hinweis wollen sie denn ihre Angehörige verhungern lassen []“ (I6, Zeile 183- 186).

„[] dass man bei bestimmten Diagnosen, und vor allen Dingen bei Demenz, so lapidar sagt sonst verhungern die Leute und das machen nu mal die Ärzte in den Krankenhäusern. Wir müssen hier was machen sonst verhungern se und dass mor dort diesen Sterbeprozess abbricht .“ (I5, Zeile 162- 166).

Meiner Meinung nach zeigt sich hier wie unaufgeklärt auch das Fachpersonal, in diesem Fall in den Kliniken, in einigen Punkten zu sein scheint. Es wird schnell eine Entscheidung getroffen und nicht bedacht, dass es sich hierbei um das Leben eines anderen handelt. Die Patienten sollten, nach einer ausführlichen Aufklärung, in die Entscheidung über einen medizinischen Eingriff einbezogen werden. „Im ethischen Verständnis gibt es die Pflicht, zu helfen und sich helfen zu lassen. Dazwischen steht das Verlangen des Menschen, teilhaben zu können an Entscheidungen, die über sein Leben bestimmen. Er möchte in Selbstbestimmung sein Leben führen, sowohl in Gesundheit wie in Krisensituationen der Krankheit bis zur Existenzkrise des Sterbens“ (Kerkhoff 1999, S. 37). Eine amerikanische Fachzeitschrift hat sich in einem ihrer Artikel, welcher sich in Anlage 4 befindet, ebenfalls zu dieser Sachlage geäußert.

5.1.5 Zusammenfassung der Interviews

Abschließend sei zu den Interviews festzuhalten, dass sich alle der Befragten einig waren, dass es Situationen gibt in denen eine künstliche Ernährung angebracht ist und als sinnvoll erachtet wird. Zu den befürworteten Indikationen zählte man zum Beispiel die vorübergehende künstliche Ernährung eines jungen Menschen nach einem Unfall, bei einem Krankheitsgeschehen bei dem abzusehen ist, dass eine enterale Ernährung nur vorübergehend erforderlich ist oder wenn der Mensch an sich noch bei klarem Verstand, mobil und voller Lebensmut ist der Schluckreflex jedoch durch eine Krankheit oder zum Beispiel nach einem Apoplex eingeschränkt ist. Angegeben wurde ebenfalls der Aspekt der Alzheimererkrankung, da bei dieser Erkrankung der Mensch körperlich wohlauf ist jedoch der Vorgang des essens vergessen werden kann. Wobei es hierbei, meines Erachtens nach, schwierig ist festzustellen ob der Mensch wirklich den Vorgang des essens vergessen hat oder die Nahrungsaufnahme aus persönlichen Gründen abgelehnt wird. Als unnütz und menschenunwürdig wurde eine solche Maßnahme erachtet wenn es zum Beispiel darum geht einen alten Menschen an seinem Lebensende am Leben zu erhalten. Auch bei schweren Fällen einer Krebserkrankung würde man eher zu einer Ablehnung einer enteralen Ernährung tendieren. Die Tatsache, dass eine Ernährungssonde gelegt wird, nur weil ein Bewohner zu langsam isst oder ein Pflegenotstand herrscht, stößt ebenfalls auf Ablehnung. Was die Aufklärung der Bewohner und deren Angehörigen betrifft ist man geteilter Meinung. Einerseits würde es jetzt mehr Patientenverfügungen geben, was vermuten lässt, dass die Menschen aufgeklärter sind und sich Gedanken über ihren Lebensabend oder den medizinischen Ablauf in einem schweren Krankheitsgeschehen machen. Andererseits scheinen, gerade die Angehörigen, überfordert zu sein wenn es um Entscheidungen in Bezug auf Familienmitglieder und lebenserhaltende Maßnahmen geht. Auch die Beratung seitens der Krankenhäuser wurde als fragwürdig beziehungsweise falsch dargestellt. Bei dem Punkt Patientenverfügung vertritt man die Meinung, dass es sich um eine gute Absicherung handelt wenn es um Fragen der Verfahrensweise am Lebensende

oder im Krankheitsfall geht. Jedoch scheitert es teilweise noch an der Umsetzung, des in der Patientenverfügung festgehaltenen Maßnahmenkataloges. Man ist sich unschlüssig, welche rechtlichen Konsequenzen im Ernstfall, bei der Nichteinhaltung der Patientenwünsche, daraus resultieren. Da sich die Ansichten und die Lebenseinstellung im Laufe der Zeit verändern, wurde darauf hingewiesen, die Patientenverfügung in regelmäßigen Abständen durchzulesen und gegebenenfalls zu korrigieren. Einig waren sich die Befragten, dass es sich bei der enteralen Ernährung um eine lebensverlängernde Maßnahme handelt und einige sehen es explizit als eine Einschränkung der Lebensqualität.

6. Bezug zur Sozialen Arbeit

Im folgenden Abschnitt soll geklärt werden welche Auswirkungen, die Problematik mit der enteralen Ernährung, auf die Soziale Arbeit hat und wie diese bestmöglich intervenieren kann. Es soll festgehalten werden welche Aufgaben für die Soziale Arbeit entstehen und wo am besten angesetzt werden kann und muss um Konflikte zu lösen beziehungsweise gar nicht erst entstehen zu lassen. Der alternde Mensch bringt als geriatrischer Patient besondere Anforderungen mit sich und auf diese Anforderungen muss die Soziale Arbeit besser vorbereitet sein. Die Soziale Arbeit in stationären Pflegeeinrichtungen hat das Ziel „zur Befriedigung der geistigen, seelischen, sozialen und körperlichen Befugnisse beizutragen. Das beinhaltet unter anderem die Unterstützung bei der Gestaltung eines selbstbestimmten und sinnvoll erlebten Wohnens und Lebens im Heim ebenso wie die Hilfestellung bei der Bewältigung von Lebenskrisen, beispielsweise nach Verlust des Partners oder bei schwerer Krankheit“ (Kraus, Zippel 2009, S. 348). Um diese Ziele verfolgen zu können bedarf es jedoch erst einmal einer Aufstockung von Sozialdienstmitarbeitern in Pflegeeinrichtungen und im Gesundheitswesen allgemein. Wie bereits schon erwähnt gibt es Pflegeeinrichtungen in denen die Ergotherapie oder die Pflegedienstleiterin den Posten des Sozialdienstes nebenbei abdeckt. Aufgrund des Personalschlüssels können die Bedürfnisse der Bewohner nur unzureichend befriedigt werden. Für Aufklärungsgespräche ist oftmals

keine Zeit. Anzumerken sei auch, dass es von Vorteil wäre, wenn die Mitarbeiter des Sozialdienstes, welche im Gesundheitswesen tätig sind, über eine Zusatzqualifikation oder eine vorangegangene Ausbildung in einem Pflegeberuf hätten. Das medizinische Fachwissen und die Erkenntnisse, die man bei der Betreuung von schwer-, schwerstkranken und sterbenden Menschen erlangt, verschafft einem eine erfahrungsangereicherte Sichtweise, gerade wenn es um Themen wie einer künstlichen Ernährung geht. Man ist in der Lage, den Betroffenen und auch den Angehörigen, angemessene Informationen über den Ablauf sowie über die Vor- und Nachteile zu liefern, da man selbst schon mit dem Geschehen und all seinen Konsequenzen konfrontiert wurde. Die Angehörigen müssen ebenfalls, mit ihrer Unsicherheit und ihrer Ratlosigkeit, aufgefangen werden. In sogenannten Angehörigengruppen können sich die Betroffenen untereinander austauschen und sich gegenseitig Informationen geben. Das Wissen, dass auch andere von solch einer Problematik betroffen sind, nimmt Ängste und kann eine gewisse Sicherheit geben. Auch sollte man sich über die ethischen und rechtlichen Grundlagen, in Bezug auf eine Sondenernährung, im klaren sein. Die DGG (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.) und die DGEM (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.) haben eine Leitlinie zur enteralen Ernährung erarbeitet, diese befindet sich in Anlage 5. Es sollte die Möglichkeit bestehen mit jedem Bewohner eine intensive Biografiearbeit zu betreiben. Üblicherweise wird bei der Aufnahme eines neuen Bewohners nur ein standardisierter Fragebogen ausgefüllt. Zwar ist dann bekannt, dass zum Beispiel eine Patientenverfügung vorhanden ist, was darin festgehalten wurde wissen die meisten jedoch nicht. Um den Bewohner in seiner Meinung würdevoll vertreten zu können sollte man sich intensiv, in Form von Gesprächen, mit ihm auseinandersetzen. Nur so wird es dann auch möglich sein jeden Menschen als Individuum zu sehen und seine Entscheidungen zu verstehen und zu akzeptieren. „Charakteristische für Sozialarbeit ist die ganzheitliche Sicht des Menschen in seiner individuellen Eigenart und Entwicklung, seinem sozio- kulturellen Lebensraum und seiner ökonomischen Situation“ (Zippel, Kraus 2009, S. 100). Ebenfalls trägt es dazu bei Bewohnerdefizite schneller zu erkennen. Die Soziale Arbeit sollte auch die

Angehörigen unterstützen und sie dahingehend stärken, auch im Sterbeprozess ihres Familienmitgliedes, dessen Wünsche konsequent durchzusetzen. Die Nichteinhaltung von Patientenwünschen ist eine Nichtwürdigung des Patienten und grenzt an eine Diskriminierung am Patienten selbst. Der Inhalt einer eventuell vorhandenen Patientenverfügung, sollte bekannt sein. Es sollte auch die Bereitschaft bestehen diese mit den Bewohnern, in regelmäßigen Abständen, durchzugehen und eventuell zu korrigieren. Die Soziale Arbeit sollte eine vermittelnde Funktion zwischen der individuellen Lebenswelt des Patienten, den Angehörigen und der behandelnden Institution, beispielsweise dem Krankenhaus, haben. Für ein professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit ist eine Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen unabdingbar. Soziale Arbeit sollte dazu beitragen, dass das Thema rund um Sterben und Tod enttabuisiert wird und die Menschen, die sich in einem Sterbeprozess befinden, nicht von der Gesellschaft ausgeschlossen werden. Desweiteren sollten die alten Menschen dabei unterstützt werden bis an ihr Lebensende selbstbestimmt leben zu können.

7. Fazit

Die Werte unserer Gesellschaft sind auf Jugendlichkeit, Aktivität, Leistung und Gesundheit ausgerichtet. Krankheit, welche im erhöhten Alter verstärkt auftritt, kosten die Krankenkassen Geld. Alte Menschen versuchen sich in dieses System einzufügen und anzupassen. Sie zählen in unserer Gesellschaft eher zu einer Randgruppe. Ausgerüstet mit diesem Wissen sind die meisten, der älteren Generation, darum bemüht keinem zur Last zu fallen. Sie nehmen teilweise alles stillschweigend hin und äußern kaum noch ihre eigenen Wünsche. Es gibt Menschen, die glauben zu wissen was für einen anderen gut ist und treffen manchmal unüberlegte Entscheidungen. Es ist von größter Wichtigkeit, dass ältere und alte Menschen die Kontrolle über ihr eigenes Handeln, so lange wie möglich, bewahren können. Der Erhalt der Selbständigkeit sollte in unserer Gesellschaft an oberster Stelle stehen. Nur weil ein Mensch, aus welchen Gründen auch immer, seinen Lebensabend in einer Pflegeeinrichtung verbringt bedeutet dies nicht das ihm sämtliche Autonomie entzogen werden kann. „Und die Qualität der Pflege- und das heißt hier auch die Lebensqualität des zu Pflegenden- wird dann als hochwertig einzustufen sein, wenn es gelingt, möglichst viele Kräfte zu aktivieren, um eigenverantwortlich und selbstbestimmt (wenn auch in Grenzen) am Leben in der Institution teilhaben zu können“ (Kerkhoff 1999, S. 47). Der erste Versuch, eine Person älteren Semesters mit einer künstlichen Ernährung als Interviewpartner zu finden, ist gescheitert. Die Begründungen, dass die Personen, die eine enterale Ernährung haben, nicht mehr zu einer Befragung in der Lage sind, hat mir verdeutlicht, dass diese Menschen dann wahrscheinlich auch nicht mehr in der Lage sind Wünsche diesbezüglich zu äußern. Dies hat bei mir die Frage aufgeworfen ob diese Bewohner überhaupt noch künstlich ernährt werden wollen oder ob sie sich lieber dem natürlichen Prozess hingeben wollen würden. Ich hoffe, dass in diesen Fällen eine Patientenverfügung vorhanden ist, welche auch inhaltlich von allen betreuenden Personen berücksichtigt und eingehalten wurde und wird. Die Interviews haben gezeigt, dass es im Gesundheitswesen noch einige Defizite, gerade wenn es um die Selbstbestimmung im Krankheitsfall geht, gibt. Die Soziale Arbeit

muss dazu beitragen, der Gesellschaft zu verstehen zu geben, welche Herausforderungen im Bereich der Pflege noch auf sie zukommen werden und muss dafür Sorge tragen, dass die Lebensqualität im Alter gleichsam ein individuelles als auch ein gesellschaftliches Ziel wird. Ein Zeitungsartikel in Anlage 6 soll noch einmal zum nachdenken anregen und eventuell dazu beitragen ethische Grundfragen zu klären. Keiner ist gefeit davor, selbst einmal eine Entscheidung für seinen Angehörigen, in Bezug auf lebensverlängernde Maßnahmen, treffen zu müssen. Entscheidungshilfen, wie sie zum Beispiel von der Krankenkasse AOK angeboten werden, welche unter

http://www.aok.de/assets/media/bundesweit/PEG_final_korr_280611.pdf nachzulesen ist, sollte man dankend in Anspruch nehmen. Sie tragen dazu bei gestärkter in eine Situation, in diesem Falle die der enteralen Ernährung, zu gehen. Man sollte keine Angst vor einer Entscheidung haben. Man sollte nur aufgeklärt sein, sich mit dem Thema auseinandergesetzt haben und sich immer dessen bewusst sein, dass die Lebensqualität und die Selbstbestimmtheit eines Menschen, an oberster Stelle stehen.

8. Anlagen

Anlage 1: Seniorenheim in Mainz. Gequält und gedemütigt

20.11.2007, 17:20

Von Christoph Hickmann und Nina von Hardenberg

Die Bewohner eines Mainzer Seniorenpflegeheims sollen misshandelt worden sein. Dass der Einrichtung nun die Schließung droht, zeigt, wie gravierend die Mängel waren.

180 Bewohnern eines Seniorenpflegeheims in Mainz könnte bald der Zwangsumzug bevorstehen, da ihr Heim vor der Schließung steht. Die zuständige Heimaufsicht gab am Dienstag eine in Deutschland immer noch ungewöhnliche Nachricht bekannt: Man habe sich entschieden, das Seniorenpflegeheim der Firma "Casa Reha" im Mainzer Stadtteil Finthen den Betrieb zu untersagen, hieß es. Die Mainzer Behörde zog damit die Konsequenzen aus einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), der schwere Pflegemissstände in dem Heim festgestellt hatte.

Dass die Heimaufsicht nun derart entschieden eingegriffen hat, offenbart die Dimension des Falls: Es kommt nur sehr selten vor, dass einem Heim die Betriebserlaubnis entzogen wird, und es ist extrem schwierig, kurzfristig neue Unterkünfte für die Bewohner zu finden. "Je größer ein Haus ist, desto schwerer ist es, es zu schließen", sagt der Münchner Pflegeexperte Claus Fussek. In der Regel wird zunächst versucht, der Einrichtung Auflagen zu machen.

Untragbare Zustände im Pflegeheim

In Mainz-Finthen aber habe das offenbar nicht mehr ausgereicht. Bereits am 9. Oktober waren im dortigen Heim sechs Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vorstellig geworden, gemeinsam mit Vertre-

tern der Heimaufsicht sowie der Mainzer Staatsanwaltschaft. Zuvor war beim MDK eine detaillierte Beschwerde eingegangen.

Offiziell spricht der MDK von "gravierenden Mängeln", die den Prüfern aufgefallen seien. Ein Bericht des ARD-Politmagazins Report Mainz allerdings zitierte am Montagabend aus einem Brief des Dienstes der unter anderem an die Staatsanwaltschaft Mainz geschickt wurde. Demnach hätten die Kontrolleure bei mindestens drei Bewohnern einen so genannten Hungermarasmus festgestellt, einen schweren Grad der Unterernährung.

Zudem ist von Gewichtsverlust bei weiteren Bewohnern und mangelnder hygienischer Versorgung in mehreren Fällen die Rede. Gundo Zieres, Geschäftsführer des rheinland-pfälzischen MDK, will sich zu Details nicht äußern, bestätigt aber: "Unsere Ergebnisse waren Auslöser für die jetzt laufenden Ermittlungen der Staatsanwaltschaft."

Von untragbaren Zuständen im Heim spricht eine Mitarbeiterin, die anonym bleiben will. "Einige Angestellte haben die Bewohner angeschrien und gedemütigt. Sie haben Sachen wie ‚verreck doch‘ gesagt, und es kam zu körperlicher Gewalt", sagte die Frau der Süddeutschen Zeitung. Sie habe erlebt, dass die Pflegedokumentation falsch geführt wurde. So waren die Angaben zum Trinkverhalten der Bewohner oft schon für ihren Dienst ausgefüllt, als sie ankam.

Alleine für 56 Bewohner zuständig

Auch seien die Stationen häufig zu gering besetzt gewesen. "Im Nachtdienst war ich alleine für 56 Bewohner zuständig." Inzwischen ist die Mitarbeiterin freigestellt worden. Sie dürfe das Haus nicht mehr betreten, erzählt sie. Letzteres empört die Frau besonders. "Ich komme mir vor wie ein Verbrecher, nur weil ich den Mund aufgemacht habe."

Bei Casa Reha wollte sich bis Redaktionsschluss niemand zu dem Betriebsverbot äußern. Noch am Morgen hatte der Konzern alle Vorwürfe zurückgewiesen und ein Gegengutachten zitiert. Nach der anonymen Anzeige einer ehemaligen Casa-Reha-Hilfskraft sei das Heim am 9. Oktober

auch vom Gesundheitsamt geprüft worden. Anders als der MDK sei das Amt aber zu dem Ergebnis gekommen, dass "die von der Beschwerdeführerin geschilderten Mängel nicht nachvollziehbar sind", heißt es in einer Stellungnahme von Casa Reha.

Ob die Bewohner des Pflegeheims wirklich umziehen müssen, ist derzeit noch fraglich. Häufig werden Missstände in Heimen auch durch einen Trägerwechsel gelöst. Und auch der jetzige Betreiber hat offenbar noch eine Chance: "Das Heim ist jetzt mit einer schweren Hypothek belastet", sagt der Leiter der Heimaufsicht Peter Ehses. Er erwarte, dass Casa Reha Rechtsmittel einlegt. Dann sei "zu prüfen, ob die Mängel beseitigt werden". Würden sie beseitigt, "wäre dem Bescheid der Boden entzogen".

<http://www.sueddeutsche.de/panorama/seniorenheim-in-mainz-gequaelt-und-gedemuertigt-1.891126>, verfügbar am 06.06.2012, 21:54 Uhr

Anlage 2: Mangelernährung im Pflegeheim

Mit der Verpflegung von Senioren steht es nicht im zum Besten

- 04.03.2009
- Horst Schinzel

Fachleute schlagen Alarm: Betagte Kranke und Pflegepersonen werden nicht ausreichend ernährt. Es kommt zu Mangelercheinungen.

Schwere und chronische Erkrankungen gehen häufig mit einem schlechten Ernährungszustand einher. Mangelernährte Patienten in Langzeitpflege haben zudem ein erhöhtes Risiko für infektiöse Erkrankungen oder Stürze und Frakturen, die wiederum die Sterblichkeit erhöhen. Studien haben gezeigt, dass es einen klaren Zusammenhang zwischen Verschlechterung des Ernährungszustandes und funktionellen Defiziten, etwa weniger Kraft in den Händen oder schlechtere Fähigkeit zur selbstständigen Versorgung (Barthel Index) gibt.

„Alte Menschen benötigen eine ausreichend hohe Nährstoffdichte, weil häufig nur noch kleine Portionen gegessen werden können. Mehr Energie durch Sahne, Butter oder Öle oder auch ein höherer Eiweißanteil durch hochwertige Proteinpulver in Süßspeisen oder Soßen ebenso wie das Angebot von Zwischenmahlzeiten und Snacks kann zu einer bedarfsdeckenden Ernährung beitragen und damit der Entstehung oder Verschlechterung einer Mangelernährung entgegenwirken“, sagte Privatdozent Dr. Matthias Pirlich, Charité – Universitätsmedizin Berlin Ende Februar 2009 anlässlich einer Fachtagung in Berlin.

Kostergänzung ist notwendig

Wenn die natürliche Kost nicht mehr ausreiche, können mögliche Defizite durch Energie- und proteinreiche Trinknahrung ausgeglichen werden. Diese haben den Vorteil, jeweils auch mit Mikronährstoffen und Vitaminen angereichert zu sein. Für Menschen mit Demenz oder motorischen Defiziten ist speziell entwickeltes Fingerfood eine Alternative zum konventionel-

len Essen mit Besteck und Teller. Erst wenn diese Maßnahmen versagen, besteht die Indikation zur künstlichen Ernährung in Form von enteraler Sondenernährung bzw. - wenn der Magen-Darmtrakt nicht nutzbar ist – in Form der parenteralen Ernährung über die Venen. Vielfach wird auch kombiniert therapiert: Der Patient kann noch etwas essen, muss jedoch unterstützend, etwa über Nacht, künstliche Ernährung erhalten.

Essen im Pflegeheim muss attraktiv sein

„Richtiges“ Essen in Kliniken und Langzeitpflegeeinrichtungen sollte daher geschmacklich und optisch attraktiv sein, sowie eine energie- und eiweißreiche Kost und Zwischenmahlzeiten anbieten. Der Bedarf muss individuell erfragt werden. Gemessen an den zum Teil immensen Kosten moderner medikamentöser und apparativer Therapien ist eine solche ideale Speiserversorgung als günstig zu bezeichnen. Die Tatsache, dass gutes Essen auch die Kultur eines Landes widerspiegelt und zum Wohlbefinden der Patienten und Mitarbeiter und letztlich auch zum guten Ruf einer Einrichtung beitragen kann, ist vielen Klinikleitungen offensichtlich noch nicht ausreichend bekannt.

Nicht nur eine ökonomische Frage

Der Ernährung in Kliniken und Pflegeheimen wurde lange Zeit keine Aufmerksamkeit geschenkt. Ernährung gilt vielfach nur noch als beeinflussbarer Kostenfaktor, der so ökonomisch wie möglich gestaltet werden muss. Dabei wurde vielfältig gezeigt, dass durch individuelle Ernährungsberatung und Anpassung der Speisenauswahl die Nahrungszufuhr bei Tumorerkrankungen oder anderen schweren Erkrankungen und auch bei geriatrischen Patienten gesteigert werden kann. Die individuelle Anpassung ist auch deshalb sinnvoll, weil sich bei vielen Erkrankungen und im Alter der Geschmack und damit auch die Nahrungspräferenzen ändern.

Problematik größer als bisher bekannt

Die 2006 publizierte „German Hospital Malnutrition Study“ (Studie über Mangelernährung im Krankenhaus) zeigte, dass 27 Prozent aller Patienten, die stationär behandelt werden müssen, bereits am Aufnahmetag Zeichen der Mangelernährung aufweisen, wobei ein hohes Lebensalter den größten Risikofaktor darstellt. In akut-geriatrischen Kliniken wurden mehr als 50 Prozent aller Patienten als mangelernährt eingestuft. In Langzeitpflegestrukturen werden ähnliche Angaben gemacht. In Deutschland wurden 2007 zwei weitere Studien zu dieser Thematik veröffentlicht. Norman und Smoliner publizierten in der Zeitschrift *Nutrition* Daten von 112 Bewohnern aus drei Berliner Seniorenheimen (Durchschnittsalter 85 Jahre). Laut Mini Nutritional Assessment (MNA), einem Erhebungsbogen, mit dem man den Ernährungszustand feststellt, waren nur 20 Prozent als wohl ernährt, jedoch neun Prozent als schwer mangelernährt einzustufen. Bei den übrigen 71 Prozent bestand zumindest ein Risiko, ein Ernährungsdefizit zu entwickeln.

Ein ähnliches Resultat zeigte eine Studie von Bai et al. (Aktuelle Ernährungsmedizin 2007), die in zehn deutschen Seniorenheimen an 779 Bewohnern durchgeführt wurde (Durchschnittsalter ebenfalls 85 Jahre). Hier waren elf Prozent der Senioren schwer mangelernährt.

<http://suite101.de/article/mangelernaehung-im-pflegeheim-a53268>, verfügbar am 06.06.2012, 21:46 Uhr

Anlage 3: Einstellung einer künstlichen Ernährung und kritische Anfragen an die Rechtsprechung

Editorial

Ethik Med 2005 · 17:265–268
DOI 10.1007/s00481-005-0408-4
Online publiziert: 12. November 2005
© Springer Medizin Verlag 2005

Gisela Bockenheimer-Lucius
Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Einstellung einer künstlichen Ernährung und kritische Anfragen an die Rechtsprechung

In der aktuellen Debatte um die rechtliche Regelung von Patientenverfügungen hat die Frage der Einstellung einer künstlichen Ernährung sowohl in medizinethischen wie in öffentlichen, politischen oder auch rechtlichen Erörterungen einen besonderen Stellenwert. Im Sommer hat der Bundesgerichtshof (BGH) einen Beschluss gefasst, der in diesem Zusammenhang besondere Aufmerksamkeit verdient [3]. Aber auch ein Beschluss des Landgerichts (LG) Hamburg vom 11.04.2005 zeigt wieder einmal die tiefen Gräben, die sich auftun, sobald das Problem der Ernährung tangiert ist [6].

In beiden Fällen musste sich das jeweilige Gericht mit der Haltung der Pflegenden befassen, jedoch liegt beiden Beschlüssen ein grundsätzliches Problem zugrunde. Der Beschluss des BGH betrifft Fragen der Kostenverteilung in einem Prozess, dessen eigentliche Streitfrage durch den Tod des Patienten gegenstandslos geworden ist. Der Beschluss von Hamburg betrifft dagegen das aktuelle Schicksal einer Patientin.

Zunächst zu dem Beschluss des XII. Zivilsenats des BGH, dessen zentrale Aussagen lauten:

- „a) Verlangt der Betreuer in Übereinstimmung mit dem behandelnden Arzt, dass die künstliche Ernährung des betreuten einwilligungsunfähigen Patienten eingestellt wird, so kann das Pflegeheim diesem Verlangen jedenfalls nicht den Heimvertrag entgegensetzen. Auch die Gewissensfreiheit des Pflegepersonals rechtfertigt für sich genommen die Fortsetzung der künstlichen Ernährung in einem solchen Fall nicht (im Anschluss an BGHZ 154, 205).
b) Hat sich der Rechtsstreit durch den Tod des Patienten erledigt, rechtfertigt der Umstand, dass

die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe im weiteren Sinne („Hilfe zum Sterben“) bislang nicht hinreichend geklärt erscheinen, eine gegenseitige Kostenaufhebung nach § 91 a ZPO“ ([3], S. 1).

Und weiterhin heißt es zum Abschluss der Begründung des Beschlusses: „Die strafrechtlichen Grenzen einer Sterbehilfe im weiteren Sinn..., auf die das klägerische Verlangen zielt, erscheinen dem Senat bislang nicht hinreichend geklärt“ ([3], S. 8).

Hintergrund dieser Stellungnahme ist das Schicksal von Peter Klunk, dessen Geschichte unter dem Namen „Wachkomapatient Peter K.“ große Anteilnahme in den Medien fand, und der am 26.03.2004 verstorben ist. Er wurde nach einem Suizidversuch und einer Wiederbelebung mit der Folge eines apallischen Syndroms durch schwerste hypoxische Hirnschädigung (1998) in einem Pflegeheim seines Heimatortes betreut. Über eine PEG-Sonde erhielt er Nahrung und Flüssigkeit.

Ab dem Jahre 2001 beantragte der Vater, der zum Betreuer seines Sohnes bestellt war, im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt die Einstellung der Ernährung und eine Reduzierung der Flüssigkeitszufuhr, um seinem Sohn das Sterben zu ermöglichen. Peter K. hatte im Zusammenhang mit einem Unfall bereits lange vor seinem Suizidversuch unmissverständlich kundgetan, dass er im Falle eines irreversiblen Zustands der Bewusstlosigkeit lebenserhaltende Maßnahmen für sich ablehnt. Dies wurde durch Aussagen von Freunden und Verwandten bezeugt und als valide Verfügung anerkannt. Auch der Wunsch von Peter K. nach Einstellung der künstlichen Ernährung wurde zu keinem Zeitpunkt angezweifelt.

Dennoch lehnten die Pflegenden des Heimes die Beendigung der Ernährung ab. Sie begründeten dies damit, dass Peter K. emotionale Reaktionen und aktuell Lebenswillen zeige, sie folglich nicht bereit seien, ihn verhungern zu lassen. Zudem widerspreche dies ihrer Pflegeethik. In einem jahrelangen Rechtsstreit wollte der für Peter K. tätige Rechtsanwalt Putz die Frage klären lassen, ob „Pflegekräften ein Zwangsernährungsrecht gegen den Willen des Heimbewohners zusteht.“¹ Die involvierten Gerichte, LG Traunstein und Oberlandesgericht (OLG) München, wiesen das Verlangen des Klägers ab. Als die schadhafte perkutane Gastrostomie- (PEG-)Sonde zu einem späteren Zeitpunkt gegen den Willen des Betreuers durch eine neue Sonde ersetzt wurde, sah die Staatsanwaltschaft Traunstein sogar von einem Ermittlungsverfahren ab mit der Begründung, mit der Genehmigungsentscheidung habe sich „der Beschuldigte [der Ersatzbetreuer, GBL] für den zur Lebenserhaltung notwendigen Eingriff entschieden.“² Peter K. starb im Frühjahr 2004 an einer Lungenentzündung, die sein Hausarzt nicht mehr kurativ behandelte.³ Der BGH hatte nun über die wechselseitigen Kostenanträge zu entscheiden.

Auch der Beschluss des LG Hamburg bezieht sich auf die Weigerung eines Heimes, den Willen einer irreversibel schwerst hirngeschädigten Patientin umzusetzen. Die Betroffene hatte ihrem Ehemann und ihrem Neffen eine notarielle General- und Vorsorgevollmacht erteilt und eine Patientenverfügung verfasst. Eine Kontaktaufnahme war mit der Patientin, die unter einem schweren Diabetes sowie einem Zustand nach Herzinfarkt und Schlaganfall litt, nicht möglich. Ein Jahr nach dem akuten Schlaganfallgeschehen kam es zum Streit zwischen den Bevollmächtigten und der Heimleitung, die den verfügten Wunsch der Patientin auf Abbruch des Lebenserhalts durch künstliche Ernährung nicht umsetzen wollte. Mehrere Anhörungen des zuständigen Amtsgerichts vor Ort bestätigten

den Zustand der Irreversibilität des Krankheitsbefundes, Befragungen Nahestehender (u. a. der behandelnden Ärztin) über ein halbes Jahr hinweg bezeugten den Willen der betroffenen alten Dame, und die vorgesehene Verlegung der Patientin in ein Hospiz schien die Befolgung des Patientenwillens möglich zu machen ([6], S. 159). Dennoch reagierte das Pflegeheim auf den amtsgerichtlichen zugestellten Beschluss zur Beendigung der künstlichen Ernährung mit einer sofortigen Beschwerde; das Beschwerderecht wurde mit der staatlichen Schutzpflicht für das Leben begründet. Da die Patientin nach ihrer Verlegung in ein Hospiz nicht mehr ernährt wurde, verwies die Pflegeheimleitung darauf, dass sie ordnungsbehördlich nicht eingreifen könne, das geltende Recht jedoch keine ausreichende gesetzliche Regelung enthalte, „die es gestatten würde, eine Sterbehilfe als Eingriff in die staatliche Schutzpflicht für das Leben zuzulassen“ ([6], S. 159). Da die Beschwerde zulässig war, setzte die zuständige Kammer durch einstweilige Anordnung die Vollziehung des amtsgerichtlichen Beschlusses aus und ordnete die künstliche Ernährung vorläufig wieder an. Letztendlich entschied das LG Hamburg, dass im vorliegenden Fall bei einer validen Verfügung der Betroffenen zwischen ihrem Betreuer (einer der Bevollmächtigten) und den behandelnden Ärzten kein Konflikt bestehe. In Anlehnung an den BGH-Beschluss vom 17.03.2003 [2] folgte es, dass ein Genehmigungsvorbehalt auf Konfliktfälle beschränkt sei, bei denen der Betreuer eine ärztlicherseits angebotene Therapie ablehne. Entsprechend hob es die einstweilige Anordnung der Wiederaufnahme der künstlichen Ernährung auf ([6], S. 161).

Bei allem Respekt vor der Notwendigkeit und dem Anliegen des Rechts, den Patienten durch ein Verfahren vor Missbrauch zu schützen, muss doch darauf hingewiesen werden, dass die betroffene Patientin trotz einer Vorsorgevollmacht und einer validen Patientenverfügung erst fast zwei Jahre nach dem akuten Ereignis (August 2003 bis April 2005) die von ihr gewünschte und völlig legale passive Sterbehilfe erhielt.

Ärztliches und pflegerisches Ethos und die Autonomie des Patienten

Beide rechtlichen Stellungnahmen zeugen aber von der erwähnten grundsätzlichen Problematik. Die Diskussion über Sinn und Sinnlosigkeit ärztlicher

¹ Aussage von Putz, unter <http://www.wenerschell.de/Rechtsamanch/Heilkunde/sterben-durch-verhungern.htm>, (gesehen am 30.08.2003).

² Unter <http://www.patientenverfuegungen.de/pv/aktuell.htm> (gesehen 22.03.04).

³ Die Angaben sind unterschiedlichen Pressemeldungen sowie der Erklärung von Rechtsanwalt Putz am 08.03.2004 und am 05.04.2004 entnommen (unter <http://www.patientenverfuegung.de/pv/detail.php?uid> (gesehen Juni 2004).

Maßnahmen hat klar gemacht, dass jeder Indikation über die medizinische Angemessenheit und die Verhältnismäßigkeit der Mittel hinaus ein persönliches Werturteil des behandelnden Arztes über eben diese Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit zugrunde liegt. Zweifellos geht das ärztliche Urteil – wie Sahm unlängst zu Recht dargelegt hat – der Zustimmung des Patienten zu einer vorgeschlagenen, empfohlenen oder auch als dringend erachteten Maßnahme voraus ([10], S. 268).

Das ärztliche Ethos konstituiert sich ebenso zweifellos durch den Hilferuf eines kranken Menschen. Dies entspricht der von Viktor von Weizsäcker beschriebenen „anthropologischen Grundfigur von Not und Hilfe“, die das Verhältnis von Patient und Arzt ausmacht. Allerdings folgen aus dieser ethischen Herausforderung gerade nicht Grenzen der Patientenautonomie, die sich der ärztlichen Fürsorge zu beugen hätte. Vielmehr rechtfertigt sich ärztliche Fürsorge nur in der Anerkennung der Autonomie des individuellen Patienten. Das „Wohl des Kranken“ (Salus aegroti) setzt die Anerkennung der Autonomie als Richtschnur ärztlichen Handelns voraus. Der Arzt kann nicht „das Gute“ für seinen individuellen Patienten bestimmen, denn sein Wissen bezieht sich nur auf den begrenzten Teil medizinischer Erkenntnisse und ärztlicher Erfahrung. Sein ärztliches Urteil ist keineswegs identisch mit „dem Guten für“ einen individuellen Patienten.

Im Dialog mit dem Patienten – da ist Sahm zuzustimmen – muss „das Richtige“ erarbeitet werden. Aber auch dies ist kein universelles „gemeinsames Gutes“, sondern wiederum die je individuelle Handlungsentscheidung (im Gegensatz zu [10]). Die Kompetenz zur selbstbestimmten Entscheidung wird dabei zumindest bei schwer kranken Menschen in den meisten Fällen eingeschränkt sein, jedoch lässt sich diese Feststellung – wie Peintinger mit Nachdruck betont –, „nur dann gefahrlos stellen, wenn... das Recht auf Selbstbestimmung außer Streit steht und die Reihenfolge von Recht und Vermögen nicht, wie im medizinischen Alltag häufig, unzulässigerweise vertauscht wird“ ([9], S. 91). Das heißt aber, dass es eine ärztliche Pflicht zur Beachtung des Patientenwillens gibt, die nur im Ausnahmefall ein skrupelhaft zu begründendes Abweichen zulässt. Und dies muss konsequenterweise ebenso uneingeschränkt für die Pflegenden gelten.

Im Falle der Nichteinwilligungsfähigkeit muss daher dem zuvor unzweifelhaft bekundeten Wil-

len Anerkennung zuteil werden. Menschen, wie Peter K. oder die Patientin des Hamburger Falls, haben ja gerade für diese Fälle – und nicht für die im Grunde unstrittigen Entscheidungen in den letzten Lebensstunden – explizit Vorsorge getroffen.

Eine „policy“ für Pflegeheime und Ärzte?

Wie wenig Konsens dazu jedoch besteht, zeigt der Hinweis des Zivilsenats des BGH auf die nach seiner Meinung ungeklärte Frage nach einer „Sterbehilfe im weiteren Sinn...“, auf die das klägerische Verlangen zielt...“ ([3], S. 8). Der BGH bezieht sich dabei auf die Stellungnahme der Enquetekommission des Deutschen Bundestages, die das Unterlassen einer medizinischen Maßnahme auf Wunsch des Patienten als „Tötung auf Verlangen durch Unterlassen“ interpretiert. Folgt man dieser Interpretation, so müsste auch der Eintritt des Todes aufgrund der Verweigerung der Zustimmung eines einwilligungsfähigen Patienten in eine ärztliche Maßnahme als Tötungshandlung des Arztes geahndet werden. Diese absurde Konsequenz muss immer wieder klar gemacht werden. Taupitz hat es auf den Punkt gebracht hat: „Wir dürfen nicht fragen, ob wir aufhören dürfen, wir müssen fragen, ob wir weitermachen dürfen!“ ([11]).

Aber offensichtlich führt das Recht des Patienten, eine Behandlung zu verweigern, vor allem bei den Pflegenden zu emotionalen Schwierigkeiten. Die prinzipielle Anerkennung des Rechts eines jeden Menschen auf seinen Wunsch: „Lasst mich in Ruhe!“ und die Bemühung, ihn auch in dieser Situation nicht allein zu lassen, stoßen an Grenzen, wenn der Patient die Nahrungs- und Flüssigkeitsgabe verweigert. Der Staat New York hat den Pflegeheimen das Recht eingeräumt, grundsätzlich und nicht nur aus Gewissensgründen den Willen des Patienten an seinem Lebensende nicht erfüllen zu müssen. Allerdings ist dies mit dem gesetzlichen Erfordernis einer schriftlich dargelegten Policy und der Verpflichtung zur Aufklärung vor der Vertragsschließung verbunden. Zudem muss das Heim sich verpflichten, für den Patienten ggf. einen Pflegeplatz zu suchen, wo seine Willenserklärung respektiert und auch erfüllt wird [5].

Eibach hat bereits vor einigen Jahren die Beteiligung an einem Ernährungsverzicht für christlich geführte Krankenhäuser und Pflegeheime dezidiert abgelehnt ([4], S. 203 ff.). Einige Formulierungen in

den Stellungnahmen der Gremien, die sich mit der rechtlichen Regelung von Patientenverfügungen befasst haben, lassen erkennen, dass auch Ärzten zugestanden werden muss, ggf. den Willen eines Patienten nicht zu befolgen. So schreibt z. B. die Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ des Bundesministeriums der Justiz: „Der Arzt muss rechtzeitig für eine anderweitige Versorgung des Patienten sorgen, wenn er die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen nicht mit seinem Gewissen vereinbaren kann“ [1]. Auch der Nationale Ethikrat hält fest, dass es strittig ist, „ob ein Arzt unter Berufung auf sein Gewissen die Beendigung zuvor eingeleiteter Maßnahmen (etwa das Abschalten eines Beatmungsgerätes) ablehnen kann.“ Und er räumt ein: „Wenn ein Arzt dies verweigert, muss ein anderer Weg gesucht werden, wie dem Willen des Patienten, nicht weiterbehandelt zu werden, Rechnung getragen werden kann, etwa indem ein anderer Arzt hinzugezogen wird“ ([7], S. 11).

Die Anmerkungen von Putz zum Beschluss des Bundesgerichtshofes, dass sich in Zukunft kein Heim mehr über den Willen eines Patienten hinwegsetzen und ihn gar gegen seinen Willen ernähren wird, scheinen daher verfrüht ([9], S. 163). Hinzu kommt, dass die Rechtsprechung – wie der Hamburger Fall zeigt – nach wie vor keine Rechtssicherheit signalisiert. So wünschenswert es wäre, eine zuverlässige rechtliche Absicherung der Patientenautonomie zu gewährleisten, so sehr ist doch absehbar, dass nicht nur Kliniken, Ärzte, Pflegeheime und Pflegenden, sondern eben auch Vertreter des Rechts auf diesem Weg nur kleine Schritte tun.

Korrespondierender Autor

Dr. med. Gisela Bockenheimer-Lucius

Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik
der Medizin, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a. M.
E-Mail: bockenheimer.ethmed@web.de

Interessenkonflikt: Keine Angaben

Literatur

1. Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ des Bundesministeriums der Justiz (2004) Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen. <http://www.bmj.bund.de/media/archive/695.pdf>. Gesehen 27. Okt 2005
2. Bundesgerichtshof (2003) Beschluss vom 17.03.2003, AZ XII ZB 2/03. NJW 56:1588–1594
3. Bundesgerichtshof (2005) Beschluss vom 08.06.2005, XII ZR 177/03 (online gesehen 20. Jun 2005), s. auch Btman 3:161–163
4. Eibach U (1998) Patientenverfügungen – „Mein Wille geschehe?“ Kritische Betrachtung der „christlichen Patientenverfügung“ der Evangelisch-lutherischen Kirche in Bayern. Z Med Ethik 44:201–208
5. Hosay CK (2002) Compliance with patient's end-of-life wishes by nursing homes in New York City with conscience policies. OMEGA 44:57–76
6. LG Hamburg (2005) Beschluss vom 11.04.2005, 301 T 153/03. Betreuungsmanagement 3:159–161
7. Nationaler Ethikrat Patientenverfügung – Ein Instrument der Selbstbestimmung. Stellungnahme. http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Patientenverfuegung.pdf. Gesehen 2 Jun 2005
8. Peintinger M (2003) Therapeutische Partnerschaft. Springer, Wien
9. Putz W (2005) Anmerkungen. Betreuungsmanagement 3:163–164
10. Sahm S (2005) Imperfekte Autonomie und die Grenzen des Instruments Patientenverfügung. Z Med Ethik 51:265–275
11. Taupitz J (2000) Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens? Gutachten A zum 63. deutschen Juristentag. Beck, Leipzig

Anlage 4: Ernährung bei Demenz. Schneller geht's mit der Magensonde

10.02.2010, 09:33

Von Werner Bartens

In amerikanischen Kliniken und Heimen werden Demenzkranke zunehmend künstlich ernährt. Dabei ist der einzige Nutzen profaner Natur.

Ältere Menschen zu pflegen, ist mühsam und zeitintensiv. Besonders wenn Senioren dement werden, ist der Aufwand beträchtlich, denn vielfältige Leiden drohen. Die Gefahr des Wundliegens ist groß, Infektionen kommen häufiger vor und es erfordert viel Geduld, dafür zu sorgen, dass die Patienten genügend zu essen und zu trinken bekommen. Wenn sie sich dabei verschlucken, droht eine Aspirations-Pneumonie - eine besonders lästige Form der Lungenentzündung durch eingeatmete Nahrungsbestandteile. In vielen Pflegeheimen und Krankenhäusern werden Demenz-Patienten Magensonden gelegt, um Zeit zu sparen und Komplikationen zu vermeiden. Altersmediziner um Joan Teno zeigen im Fachblatt *Journal of the American Medical Association*, dass in großen und privat geführten Kliniken häufiger Magensonden verordnet werden (Bd.303, S.544, 2010). Zum Vorteil der Patienten ist das allerdings nicht.



"In guten Heimen ist es Usus, die Demenzkranken zu füttern". (© Foto: AP)

Die Geriater und Gesundheitswissenschaftler von der Brown University hatten analysiert, wie mehr als 160.000 Demenzpatienten aus Pflegeheimen behandelt wurden, wenn sie in ein Akutkrankenhaus überwiesen

werden mussten. Im Durchschnitt bekamen zwischen sechs und sieben von 100 Patienten eine Sonde. In manchen Kliniken wurde keinem Patienten eine gelegt, in anderen erhielten 38 von 100 den Nahrungsschlauch.

Sonden wurden besonders dann häufiger gelegt, wenn das Krankenhaus privatwirtschaftlich geführt war, über mehr als 310 Betten verfügte und Patienten kurz vor ihrem Tod oft noch auf die Intensivstation kamen. "Es kann nicht sein, dass Patienten nur aus Gründen der Zeitersparnis eine Magensonde gelegt wird", sagt Michael Kochen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. "In guten Heimen ist es Usus, die Demenzkranken zu füttern - das dauert, und manche Kliniken werden sich das nicht leisten können oder wollen."

Magensonden mögen für die Pflege eine Erleichterung darstellen, für die Patienten bieten sie hingegen keine gesundheitlichen Vorteile. "Im hohen Alter gibt es sogar häufiger Komplikationen bei der Anlage der Sonden", sagt Werner Hofmann vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Angehörige sehen in diesem Schritt zudem oft ein Signal dafür, dass die Patienten ihre Selbständigkeit endgültig verloren haben.

Die Klinik als gefährlicher Ort für alte Menschen

Der Nutzen der Magensonde wird immer stärker bezweifelt. Studien kamen zu dem Ergebnis, dass durch Magensonden weder das Überleben der Patienten verlängert noch die Gefahr des Wundliegens verringert wird - die Zeit, die eingespart wird, weil Patienten nicht mehr gefüttert werden, dient offenbar nicht dazu, ihnen mehr Bewegung zu verschaffen. Auch das Risiko einer Aspirationspneumonie wird erstaunlicherweise nicht geringer. "Eine Magensonde bei Dementen entspricht nicht der wissenschaftlichen Beweislage", so Joan Teno. Dennoch haben in den USA mehr als ein Drittel der Heimbewohner eine Magensonde.

Für Deutschland gibt es keine vergleichbaren Studien. Michael Kochen hält es in der Betreuung von Demenzkranken für wichtig, Krankenhausweisungen möglichst zu vermeiden. "Mit intensiver Betreuung lassen

sich etliche Leiden und sogar viele Formen der Lungenentzündung durch den Hausarzt im Heim behandeln", so Kochen.

"Das Krankenhaus kann gerade für alte Leute ein gefährlicher Platz sein, in dem weitere Komplikationen drohen." Gute Hausärzte würden deshalb Krankenhäuser für ihre Patienten sorgfältig auswählen, wenn die stationäre Versorgung unumgänglich ist. Mit den Klinikärzten kann dann besprochen werden, was die Demenzkranken gewohnt sind und wie sie am besten betreut werden.

<http://www.sueddeutsche.de/wissen/ernaehrung-bei-demenz-schneller-gehts-mit-der-magensonde-1.59376> 06.06.2012, verfügbar am 06.06.2012, 21:42 Uhr

Anlage 5: Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG

Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG

Ethische und rechtliche Gesichtspunkte

U. Körner
E. Biermann
E. Bühler
F. Oehmichen
S. Rothärmel
W. Schweidtmann

*DGEM and DGG Guidelines Enteral Nutrition
Ethical and Legal Aspects*

Leitlinie Enterale Ernährung – Teil 2

226

Schlüsselwörter

Sondenernährung · ethische Gesichtspunkte · Recht · Therapieabbruch · Geriatrie

Key words

Enteral nutrition · medical ethics · legislation · terminal care · geriatrics

A. Vorbemerkungen der Autoren zur aktualisierten Fassung (Februar 2004)

Das erstmals im Januar 2003 in der Leitlinie Enterale Ernährung veröffentlichte Kapitel liegt hier in aktualisierter Fassung vor. Vorangestellt sind erstens in Betracht der gleichzeitigen Erstveröffentlichung des Geriatriekapitels einige Aussagen zu besonderen Erfordernissen bei geriatrischen Patienten; das Ethik-Recht-Kapitel selbst bezieht sich auf alle Lebens- und Krankheitssituationen auch außerhalb der Geriatrie. Zweitens werden Aspekte der Rechtslage dargestellt, die sich durch das einschlägige BGH-Urteil vom 17. März 2003 ergeben haben.

Ernährung im Alter ist in ethischer Hinsicht vielschichtig.

Erstens wird bei älteren Menschen die Nahrungsaufnahme teils beschwerlich und die Nahrungsvielfalt wird reduziert. Die ärztliche Sorge um eine in Qualität und Quantität angemessene Ernährung hat eine zentrale Bedeutung zur Bewahrung von Gesundheit und Lebensqualität für die älteren Menschen. Hinzu kommt, dass aus dem Umstand, dass wir Menschen im normalen Leben die Ernährung zu einem Grundvergnügen kultiviert haben, die ethische Verpflichtung für die Ernährungsmedizin, die Ernährung soweit irgend möglich als Mittler für ein positives Lebensgefühl zu gestalten.

Zweitens ist gelegentlich festzustellen, dass im höheren Alter mit fortgeschrittener Hinfälligkeit und angesichts von Vereinsamung und Zukunftsleere Menschen keinen Lebenswillen mehr haben und dann die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme einstellen um zu sterben. Sofern nicht eine vorübergehende psychische Depression oder eine behandlungsbedürftige neurologische Erkrankung vorliegen, ist Ernährungstherapie dann nur als Alternative gerechtfertigt, wenn für den Betroffenen damit zugleich eine realistische Perspektive verbesserter Lebensqualität eröffnet wird, in die dieser auch einwilligt. Wenn ein Patient, der seinen Willen nicht mehr klar zu artikulieren vermag, einen durchgängig aufrechterhaltenen deutlichen Widerstand gegen die Ernährungstherapie zeigt, ist auf diese Behandlungsoption zu verzichten.

Drittens die Ernährungstherapie dient bei geriatrischen Patienten häufiger nicht der vorübergehenden, sondern der dauerhaften Sicherstellung der Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit bis zum Lebensende. Dabei kann die Ernährungstherapie in einer chronisch auf den Tod zulaufenden Entwicklung zwar theoretisch bis in die Terminalphase indiziert sein. Wenn sich aber schon in den vorangehenden Phasen der Krankheitsentwicklung zeigt, dass dadurch der Sterbeprozess verlängert wird, ist die Indikation kritisch zu überprüfen. Gegenüber der akutmedizinischen Anwendung unterscheidet sich die „Ernährung auf das Le-

Institutsangaben

Charité, Medizinische Fakultät, Universitätsmedizin, Berlin

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Dipl.-Biol. Uwe Körner · Charité · Universitätsmedizin, Berlin · Tucholskystraße 2 · 10117 Berlin · E-mail: uwe.koerner@charite.de

Bibliografie

Aktuel Ernähr Med 2004; 29: 226–230 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-828306
ISSN 0341-0501

bensende hin“ also nicht prinzipiell. Es sind hier in gleicher Weise die Kriterien der Indikation und der Einwilligung für das Beginnen und das Beenden der Therapie zu erfüllen. Das Problem einer besonders zu rechtfertigenden „passiven“ Sterbehilfe durch Absetzen der Ernährungstherapie stellt sich so gesehen in der Terminalphase nicht, vielmehr entsteht hier bei fortgesetzter Nahrungszufuhr auch die Frage einer Fehlbehandlung.

Viertens folgt aus den Charakteristika in der Geriatrie (wie: fortschreitende Multimorbidität; biopsychosozial ganzheitliches Betroffensein der Alterskranken; oft unmerklich schleichender Verlauf; fortschreitende Therapieineffizienz), dass Patienten sich für bestimmte Zeit in einem hinsichtlich möglicher Behandlungsalternativen nicht eindeutig entscheidbaren Zustand befinden können. Solange nicht klar begründet eine Entscheidung zu treffen ist, gilt – wie auch sonst an Grenzen der Lebenserhaltung – das Hilfsprinzip „in dubio pro vita“ (im Zweifel für das Leben). Die vorläufige Anwendung dieses Prinzips schließt aber die unbedingte Verpflichtung ein, den Zweifel durch diagnostische und sonstige geeignete Bemühung zu beseitigen und eine klare Begründung der jeweiligen Behandlung zu gewinnen.

Der Bundesgerichtshof entschied über die Zuständigkeit der Vormundschaftsgerichte für die Prüfung von Betreuerentscheidungen zur Beendigung lebenserhaltender Therapie.

Im Beschluss des 12. Zivilsenats des Bundesgerichtshofes vom 17.3.2003 ist bestimmt, dass „die richtige Umsetzung des Willens des Betroffenen durch den Betreuer... ein tauglicher Gegenstand einer vormundschaftsgerichtlichen Überprüfung sein kann“. Der BGH hat also die Zuständigkeit der Vormundschaftsgerichte bejaht und damit die über mehr als 5 Jahre bestandene kontroverse Rechtsprechung beendet. Im Beschluss des BGH ist aber auch klargestellt – und damit wurde die entsprechende im Ethik-Recht-Kapitel der Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM vom Januar 2003 vorläufig formulierte Position bestätigt – dass es nur in den Ausnahmefällen einer Bestätigung der Betreuerentscheidung durch das Vormundschaftsgericht bedarf, bei denen keine eindeutige Verfügung des Patienten vorliegt, sowie einerseits der Arzt eine weitere lebenserhaltende Therapie als erforderlich ansieht und andererseits vom Betreuer ein entgegenstehender Wille des Patienten geltend gemacht wird. Das Vormundschaftsgericht hat dabei „keine eigene Entscheidung gegen lebensverlängernde Maßnahmen“ zu treffen, sondern das Verhalten des Betreuers auf seine Rechtmäßigkeit hin zu überprüfen und möglichst angemessen dem Patientenwillen zur Geltung zu verhelfen.

Beachtlich ist auch, dass es heftige öffentliche Diskussionen um die Formulierung im BGH-Urteil gegeben hat, das Vormundschaftsgericht müsse der Entscheidung des Betreuers gegen eine lebenserhaltende Behandlung zustimmen, wenn feststehe, „dass die Krankheit des Betroffenen einen irreversiblen tödlichen Verlauf genommen hat“. Irritationen wurzelten in unterschiedlichen Interpretationen der Bezeichnung „irreversibler tödlicher Verlauf“. Soweit diese als „akutes Sterben“, „unmittelbare Todesnähe“ oder „Terminalphase“ verstanden wurde, war heftige Kritik an diesem Punkt des Urteils die Folge (wie u. a. in der öffentlichen Tagung des Ethikrats am 11.6.2003). Bei genauerer Ansicht des Urteilstextes erweist sich jedoch, wie auch Borasio et

al. (2003) betonen, dass das Kriterium „irreversibler tödlicher Verlauf“ sich auf den Krankheitsverlauf in seiner Gesamtheit bezieht. Das bedeutet u. E., dass sich die Festlegungen des Urteils zur Anrufung des Vormundschaftsgerichtes nur auf Fälle beziehen, bei denen *erstens* medizinische Maßnahmen zwar noch über einen unbestimmt längeren Zeitraum im Sinne einer Verzögerung des Sterbens das Leben erhalten, jedoch keine grundsätzliche Besserung mehr herbeiführen können und *zweitens* eine eindeutige Willenserklärung des Betroffenen über das Beenden oder Nichtbeginnen der lebenserhaltenden medizinischen Behandlungen nicht vorliegt.

Für die Praxis sehr bedeutsam ist, dass der Bundesgerichtshof die Verbindlichkeit der Patientenverfügung besonders unterstrichen hat und dazu eine ausführliche ethische Begründung entwickelt. Eine Patientenverfügung ist rechtsverbindlich und darf nicht unter Berufung auf eine mutmaßliche Willensänderung nach Niederschrift der Verfügung unterlaufen werden.

B. Leitlinie Enterale Ernährung, Kapitel Ethische und rechtliche Aspekte – Fassung Februar 2004

Präambel

Die Ernährung ist ein Grundbedürfnis des Menschen und integraler Teil einer angemessenen medizinischen Behandlung. Wenn ein Patient nicht ausreichend essen kann oder eine Fehlernährung vorliegt, müssen ernährungstherapeutische Maßnahmen ergriffen werden.

Während die grundsätzlich unstrittigen Indikationen der enteralen Ernährung in den Teilen der Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM zu den einzelnen Fachgebieten dargestellt werden, sind im folgenden Teil „Ethik und Recht“ dieser Leitlinie übergreifende Regeln, Probleme und Grenzfragen behandelt, die für die Sicherheit und Orientierung des Entscheidens und Handelns bei der Anwendung enteraler Ernährung in allen medizinischen Gebieten von Bedeutung sind.

Medizinische Grundsätze

Enterale Ernährung

Ernährung ist die Zufuhr von Nährstoffen und Flüssigkeit. Wenn die orale Nahrungsaufnahme gestört oder unmöglich ist, kann als ärztliche Maßnahme eine Ernährungssonde gelegt werden oder die übliche Kost mit zusätzlicher Trinknahrung (industriell gefertigte Supplemente) ergänzt werden. Dabei ist das Grundanliegen der enteralen Ernährung und ein Vorzug gegenüber parenteraler Flüssigkeits- und Nährstoffzufuhr, die natürlichen Vorgänge der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme im Gastrointestinaltrakt soweit wie möglich aufrechtzuerhalten.

Die enterale Ernährung ist in zweierlei Hinsicht „künstliche Ernährung“:

- Sie verwendet industriell gefertigte Nahrung in für bestimmte therapeutische Ziele definierter Zusammensetzung und Zubereitungsform.
- Sie nutzt ggf. besondere Zugangswege (nasogastrale Sonde, perkutan endoskopische Gastrostomie bzw. Jejunostomie (PEG, PEJ)).

Anwendung der Sondenernährung

Der Einsatz von Sondennahrungen erfolgt stets auf der Basis eines medizinisch begründeten Behandlungszieles. Eine Ernährungssonde darf nicht allein zum Zweck der Reduktion des Pflegeaufwandes gelegt werden.

Auch bei liegender PEG sind alle Möglichkeiten einer natürlichen Nahrungszufuhr auszuschöpfen (Nahrungsgenuss, Zuwendung von Pflegenden, Training der Nahrungsaufnahmefunktionen).

Bei unsicherer Indikation empfehlen wir den Therapieversuch. Beim Eintreten von Komplikationen oder bei Ausbleiben des gewünschten Therapieerfolges ist von dem Therapieversuch Abstand zu nehmen.

Das Fortbestehen der Indikation für eine Sondenernährung muss in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Der Arzt muss in Situationen, in denen die Indikation (bei Komplikationen, im Sterbeprozess...) nicht mehr gegeben ist, bereit sein, die Entscheidung für eine Behandlungsalternative einschließlich Behandlungsabbruch zu treffen und dies den Vertretungsberechtigten auch nachvollziehbar vermitteln.

Der Anspruch an die Sorgfalt und Begründung von Entscheidungen über die Anwendung einer Ernährung über eine Sonde ist besonders in solchen Fällen hoch, bei denen für einen Patienten (wie insbesondere einen Patienten im apallischen Syndrom) die Ernährungstherapie als einzige intensive kontinuierliche Maßnahme zur Lebenserhaltung erforderlich ist. Abgesehen davon, dass bei jedem Menschen einmal die Therapiebemühung an natürliche Grenzen stößt und einen Lebensgewinn für den Patienten nicht mehr ermöglicht, ist die Ernährung jedenfalls bei diesen Patienten indiziert und fortzusetzen, solange Möglichkeiten der Remission nicht ausgeschlossen sind.

Aufklärung und Einwilligung des Patienten

Die grundsätzlichen Erfordernisse der Aufklärung und Einwilligung müssen bei der Ernährungstherapie in jeder Hinsicht beachtet werden. Neben den für enterale Ernährung spezifischen sind deshalb folgend auch zugehörige generelle Aspekte aufgeführt.

Die Ernährung über eine enterale Ernährungs- sonde bedarf als ärztlicher Eingriff in die Körperintegrität des Patienten grundsätzlich der Einwilligung des informierten Patienten bzw. des Vertretungsberechtigten.

Die enterale Ernährung gegen den Willen des einsichts- und willensfähigen Patienten („Zwangsernährung“) ist, soweit nicht gesetzlich ausnahmsweise anders geregelt (s. § 101 Strafvollzugsgesetz), unzulässig.

Das Legen der Ernährungs- sonde ist im Regelfall kein gefährlicher Heileingriff und deshalb nicht genehmigungspflichtig im Sinne des § 1904 BGB.

Umfang der Aufklärung

Wie bei jeder in die Körperintegrität eingreifenden ärztlichen Maßnahme ist der Patient bzw. der Vertretungsberechtigte über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Maßnahme einschließlich

möglicher Komplikationen und nicht ausschließbarer Risiken aufzuklären.

Die Aufklärung muss alternative Behandlungsmöglichkeiten (d. h. alternative Ernährungswege) einschließlich des Verzehrs auf Sonden- ernährung und dessen Konsequenzen umfassen.

Gegen die ethischen Grundsätze einer Aufklärung wird verstoßen, wenn auf den Entscheidungsträger Druck ausgeübt wird (beispielsweise durch Drohen, der Patient werde bzw. dürfe nicht verhungern oder verdursten).

Der Patient bzw. der Vertretungsberechtigte kann auf nähere Aufklärung verzichten. Dieser Aufklärungsverzicht sollte sorgfältig dokumentiert werden.

Aus Beweissicherungsgründen wird empfohlen, die Einwilligungserklärung und die Details der Aufklärung zu dokumentieren.

Auch der nicht einwilligungsfähige Patient ist seinem Auffassungsvermögen gemäß über die geplanten Maßnahmen zu informieren.

Die Einwilligungsfähigkeit des Patienten

Die Einwilligungsfähigkeit des Patienten ist nicht gleichzusetzen mit der bürgerlich- rechtlichen Geschäftsfähigkeit. Der Patient ist einwilligungsfähig, wenn er in der Lage ist, Nutzen und Risiken und die Tragweite des Eingriffes sowie dessen Unterlassens zu erkennen und eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen.

Die Einwilligungsfähigkeit kann für komplexe Fragestellungen aufgehoben sein bzw. noch nicht vorhanden sein, für einfache Fragen aber durchaus bestehen. Die Entscheidung über eine Sonden- ernährung kann intellektuell als einfache, emotional jedoch als komplexe Frage gesehen werden. Die Einwilligungsfähigkeit ist vom behandelnden Arzt grundsätzlich für jede einzelne Therapieentscheidung erneut zu überprüfen und wie der Inhalt der Aufklärung vorsorglich zu dokumentieren.

Kinder unter 14 Jahren sind regelmäßig nicht einwilligungsfähig, bei 14- bis 18-Jährigen haben die behandelnden Ärzte die psychosoziale Reife des Minderjährigen im Einzelfall und evtl. für jede Therapieentscheidung erneut zu prüfen und vorsorglich zu dokumentieren. Die Fähigkeit, über eine Ernährungstherapie zu entscheiden, werden Minderjährige recht früh haben, da es im Regelfall um eher einfache und risikoarme Maßnahmen geht.

Einwilligungssubstitute

Beim nicht einwilligungsfähigen Patienten entscheidet der Vertretungsberechtigte, beim nicht einwilligungsfähigen minderjährigen Patienten sind in der Regel die Eltern vertretungsberechtigt.

In Eilfällen, in denen die Entscheidung des Vertretungsberechtigten nicht oder nicht rechtzeitig herbeigeführt werden kann, ist der mutmaßliche Wille des Patienten maßgebend. Soweit keine anderen Anhaltspunkte erkennbar sind, gilt „in dubio pro vita“. Im Übrigen ist der mutmaßliche Patientenwille mit großer Sorgfalt zu ermitteln, insbesondere, wenn es um die Beendigung ei-

ner Ernährungstherapie geht. Die Anhaltspunkte für den Willen des Patienten, insbesondere Mitteilungen von Angehörigen, Pflegenden und anderen Zeugen sind vorsorglich zu dokumentieren.

Vor allem ist die Patientenverfügung direkter Ausdruck des Patientenwillens. Die Einwilligung oder Nichteinwilligung in das Legen einer Ernährungs-sonde kann vom Patienten in einer Patientenverfügung mitgeteilt sein. Die schriftliche Willenserklärung bedarf wie alle Erklärungen der Auslegung in konkreter Prüfung und Interpretation. Wenn erkennbar ist, dass der Patient (z.B. aufgrund vorangegangener eigener oder familiärer Krankheits- und Therapieerfahrung oder aufgrund eines Hinweises auf ärztliche Beratung beim Abfassen der Verfügung) die Chancen, Risiken und Konsequenzen dieser Ernährungstherapie und ihres Unterlassens verstanden hat, so ist dieser schriftlich vorliegenden Willensäußerung wie einem gegenwärtig bewusst geäußerten Willen zu folgen.

Hinsichtlich des beabsichtigten Beendens der Sondenernährung, als dessen Folge der Tod eintreten wird, ist das Vormundschaftsgericht für eine Genehmigung der Entscheidung des Betreuers anzurufen, wenn dagegen der Arzt die Fortsetzung einer Behandlung als indiziert ansieht und eine eindeutige Willensäußerung des Betroffenen aber nicht vorliegt bzw. keine sicheren Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten ermittelt werden konnten. Entbehrlich ist die richterliche Prüfung dagegen grundsätzlich: *erstens* wenn unter sämtlichen Beteiligten Einigkeit über den klar ermittelbaren Patientenwillen besteht und *zweitens* in Fällen, wo der Sterbeprozess schon unmittelbar eingesetzt hat. Der Verzicht auf eine gerichtliche Entscheidung kann auch gerechtfertigt sein, wenn die Einschaltung des Vormundschaftsgerichtes aufgrund des damit verbundenen zeitlichen Aufschubs der Entscheidung das Wohl des Patienten in ärztlich nicht vertretbarer Weise beeinträchtigen würde.

Medizinisch-ethische Bewertungsmaßstäbe

Die Lebensqualität als Entscheidungskriterium

Die Lebensqualität ist ein stets maßgebendes Kriterium bei medizinischen Behandlungen. Auch der in seiner Kompetenz weitgehend eingeschränkte Patient liefert durch Äußerungen Indizien für sein Empfinden der eigenen Lebensqualität.

Zurate gezogen werden können Lebensqualitätsskalen für die (Grund-)Krankheit, bei deren Behandlung eine Ernährungstherapie durchgeführt wird, wie auch die für eine bestimmte Ernährungstherapie spezifischen Lebensqualitätsaspekte. In diesem Sinne ist z.B. ein spezifischer Aspekt, dass stets – soweit es die physischen Gegebenheiten zulassen – das Genießen von oraler Nahrungsaufnahme auch bei liegender PEG ermöglicht wird.

Abgesehen von objektivierbaren subjektiven Indikatoren und messbaren physischen Parametern für Lebensqualität ist die Lebensqualität eine spezifisch individuelle Größe. Belastungen durch die Krankheit und durch Therapiemaßnahmen erhalten im Rahmen des jeweiligen sozialen und emotionalen Befindens eines Patienten unterschiedliches Gewicht.

Bei schwersten Krankheitszuständen und im Sterben kann die Sicherung von Lebensqualität zum alleinigen Behandlungsziel werden und tritt die Sicherung der Lebensdauer und des Überle-

bens als therapeutisches Ziel zurück. Ethischer Maßstab für den Therapieerfolg ist dann einzig das Kriterium „Lebensqualität“. (Der typische Beispielfall für Wertebewägungen – „Lebensdauer versus Lebensqualität“ – ist die Schmerzlinderung mit vermutlicher lebensverkürzender Nebenwirkung.)

Die ärztliche Verantwortung bei Sterbenden

Während der Übergang zu einer palliativen Therapiestrategie grundsätzlich als definierbarer Entscheidungspunkt im Krankheitsverlauf abgrenzbar ist, besteht diese Möglichkeit bei dem später folgenden Eintreten in die Phase des Sterbens nicht. Dieser Übergang und Merkmale der Lebensqualität dabei sind nicht wissenschaftlich objektivierbar.

Die in der akuten Phase des Sterbens notwendige Rücknahme therapeutischer Interventionen und das Bemühen um Linderung und Beistand für den Patienten und seine Angehörigen erfordern eine souveräne ganzheitliche Entscheidungsverantwortung des Arztes.

In dieser, einer Nachprüfbarkeit durch Dritte weithin unzugänglichen Situation besteht ein besonderer Anspruch an die medizinische und menschliche Qualität und Ausbildung des Arztes sowie insbesondere an seine Gewissenhaftigkeit und seine Vertrauenswürdigkeit.

Ergänzung zum Literaturverzeichnis des Kapitels

„Ethische und rechtliche Gesichtspunkte“

Publikationen aus 2003

- Angus F, Burakoff R. The percutaneous endoscopic gastrostomy tube. Medical and ethical issues in placement. *The American Journal of Gastroenterology* 2003; 98/2: 272–277
- Aschl G, Kirchgatterer A, Allinger S, Hinterreiter M, Hubner D, Kranewitter W, Stadler B, Wimmer L, Knoflach P. Indikationen und Komplikationen der perkutanen endoskopischen Gastrostomie. *Wiener klinische Wochenschrift* 2003; 115/3–4: 115–120
- Deitrich G, Belle-Hauelsen J, Mittelstaedt G von. Ist-Analyse der Ernährungssituation von mit PEG-Sonde versorgten älteren Menschen. *Das Gesundheitswesen* 2003; 65/3: 204–209
- Keown J. Medical murder by omission? The law and ethics of withholding and withdrawing treatment and tube feeding. *Clinical Medicine: Journal of the Royal College of Physicians of London* 2003; 3/5: 460–463
- Klose J, Heldwein W, Rafferteder M, Sernetz F, Gross M, Loeschke K. Nutritional status and quality of life in patients with percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) in practice: prospective one-year follow-up. *Digestive Diseases and Sciences* 2003; 48/10: 2057–2063
- Kolb C. Nahrungsverweigerung bei Demenzzkranken: PEG-Sonde – ja oder nein? (83 Seiten, graph. Darst.). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2003
- Kolb C. Nahrungsverweigerung bei Demenzzkranken. PEG – Ja oder Nein? *Die Schwester Der Pfleger* 2003; 42/6: 434–441
- Lemke R. PEG-Anlage beim einwilligungsunfähigen Patienten. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 2003; 128/4: 160
- Liley AJ, Manthorpe J. The impact of home enteral tube feeding in everyday life: a qualitative study. *Health & Social Care in the Community* 2003; 11/5: 415–422
- Loeser C, Herz U von, Klichler T, Rzehak P, Müller MJ. Quality of life and nutritional state in patients on home enteral tube feeding. *Nutrition* 2003; 19/7–8: 605–611
- Mitchell SL, Buchanan JL, Littlehale S, Hamel M. Tube-feeding versus hand-feeding nursing home residents with advanced dementia: a cost comparison. *Journal of the American Medical Directors Association* 2003; 4/1: 27–33

- Mitchell SL, Kiely DK, Gillick MR. Nursinghome characteristics associated with tube feeding in advanced cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51/1: 75–79
- Murphy LM, Lipman TO. Percutaneous endoscopic gastrostomy does not prolong survival in patients with dementia. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163/11: 1351–1353
- Niv Y, Abuksis G. Ethical aspects of percutaneous endoscopic gastrostomy insertion. *The Israel Medical Association Journal (IMAJ)* 2003; 5/3: 212–213
- Rothämel S. Einleitung und Abbruch der künstlichen Ernährung: Wer entscheidet bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten. *Der Internist*, 2004 im Druck
- Sherman FT. Nutrition in advanced dementia. Tube-feeding or hand-feeding until death? *Geriatrics* 2003; 58/11: 10, 12
- Swaroop VS, Bergstrom LR. Percutaneous endoscopic gastrostomy in patients with dementia. *The American Journal of Gastroenterology* 2003; 98/8: 1904 (Comment on Angus/Burakoff)
- Publikationen aus 2003, die BGH-Entscheidung vom 12. März 2003 betreffend**
- Borasio GD, Putz W, Eisenmenger W. Neuer Beschluss des Bundesgerichtshofs. Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt. Vormundschaftsgericht soll in Konfliktlagen entscheiden. *Deutsches Ärzteblatt*, 2003; A2062–2065
- Bühler E, Stolz K. Wann hat ein „Grundleiden“ einen „irreversiblen tödlichen Verlauf“ genommen? – Zur Entscheidung des BGH vom 17.3.2003. *FamRZ*, 2003: 1622–1623
- Deutsch E. Verfassungszivilrecht bei der Sterbehilfe. *NJW*, 2003: 1567–1568
- Hahne M-M. Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung. Über die Grenzen von Patientenautonomie und Patientenverfügung (Vortrag beim öffentlichen Forum des Nationalen Ethikrats in Berlin am 11.6.2003). *FamRZ*, 2003: 1619–1622; oder http://www.ethikrat.org/texte/pdf/FB_2003-06-11_Hahne.pdf
- Höfling W, Rixen S. Vormundschaftsgerichtliche Sterbeherrschaft? *JZ*, 2003: 884–894
- Hufen F. Verfassungsrechtliche Grenzen des Richterrechts – zum neuen Sterbehilfe-Beschluss des BGH. *ZRP*, 2003: 248–252
- Kutzer K. Der Vormundschaftsrichter als „Schicksalsbeamter“? Der BGH schränkt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ein. *ZRP-Rechtsgespräch*. *ZRP*, 2003: 213–216
- Plantholz M, Roßbruch R. Hilfsmittel zur Sondenernährung in vollstationären Einrichtungen. *StGB V* § 13 Abs. 1 und 3, § 33 Abs. 1, § 34 Abs. 4; *StGB IX*– 15 Abs. 1 Satz 4; *StGB XI* § 71, § 72, § 43 Abs. 2, 3 und 5, 43b. *PflegeRecht* 2003; 7/1: 21–24
- Putz W, Geißendörfer SE, May AT. Therapieentscheidung am Lebensende – ein „Fall“ für das Vormundschaftsgericht? *Bochum: Medizinethische Materialien des Zentrums für Medizinische Ethik der Ruhr-Universität Bochum*, August 2003; Heft 141, 2. Aufl
- Schnabel U, Spiewak M. Der letzte Wille. *ZEIT-Gespräch mit Wolfgang Putz und Andreas Zieger*. *Die Zeit*, 20.11.2003; Nr. 48: S. 29f.
- Verrel T. Mehr Fragen als Antworten – Besprechung der Entscheidung des XII. Zivilsenats des BGH vom 17.3.2003 über die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen bei einwilligungsunfähigen Patienten. *NSZ*, 2003: 449–453

<http://www.dgem.de/leitlinien/01ethik%20100804.pdf>., verfügbar am 30.05.2012, 16,45 Uhr

Anlage 6: Künstliche Ernährung. Leben am Schlauch

Für Schwerkranke und Sterbende ist eine Magensonde oft die wichtigste Verbindung zum Leben – für einige viel zu lange. Die Uhr zeigt zwei Minuten nach sechs. Wie immer. Irgendwann – Monate ist es her, vielleicht auch Jahre – sind die Zeiger über der Tür stehen geblieben. Und niemand hat sie wieder in Bewegung gesetzt. Ob es hell ist oder dunkel, ob die Stadt gerade erwacht oder die Menschen draußen in die Biergärten drängen: Im Zimmer 407 des Münchner Herz-Jesu-Stiftes ist die Zeit eingefroren.

»Martha«, unterbricht eine Stimme die Stille. »Martha, ist es Sommer oder Winter?« Aber Martha Neubert (alle Namen der Betroffenen sind im Text verändert) antwortet schon lange nicht mehr. Weder den Pflegerinnen, die sie morgens waschen und ihr abends einen neuen Urinbeutel ans Bett hängen, noch ihrer Schwester Ilse, die mit ihr die letzten gemeinsamen Quadratmeter teilt. Nur ein leises, rasselndes Atmen ertönt von ihrem Bett und das kaum hörbare Arbeiten der Magensonde. Ein Plastikschauch verschwindet unter der Bettdecke in ihren Körper. Ihre wichtigste Verbindung zur Welt.

Wie kam Frau Neubert zu dem Schlauch im Bauch? Was ist das für ein Instrument, das Patienten und Angehörige, Richter und Abgeordnete in Gewissensnöte bringt und das Sterben nachhaltig verändert hat?

Die Nahrungsverweigerung

Über den Katheter drückt ein Motor eine milchkaffeebraune Masse in Frau Neuberts Körper. Zwei Milliliter Ersatznahrung pro Minute strömen ihr direkt in den Magen. Ein kleiner Computer kontrolliert die Flussrate. Vier Stunden dauert eine Mahlzeit. Dann schreibt die diensthabende Schwester ihr Kürzel in das »Einfuhrprotokoll«, das aufgeklappt neben dem Bett liegt, und hängt eine neue Flasche in die Halterung, diesmal mit Wasser. »6.30–10.30 Iso Faser; 10.30–14.30 H₂O; 14.30–18.30 Iso Faser, 18.30–22.30 H₂O«. Nur nachts macht die Pumpe Pause.

94 Jahre alt ist Martha Neubert. Vor langer Zeit schon hat die Demenz ihr die Sinne und das Gedächtnis getrübt. »Ja«, »nein«, »weiß nicht«, mehr brachte sie schon vor Jahren nicht hervor. Im vergangenen Herbst verstummte sie ganz. Mit den Worten wurden die Mahlzeiten weniger. Erst rührte sie das Essen, das die Schwestern ihr brachten, nicht mehr an, später verweigerte sie sich auch dem Füttern. Sie presste die Lippen zusammen, schluckte das wenige, das man ihr in den Mund schieben konnte, nicht herunter. Um ein Faulen im Mund zu verhindern, zog man ihr die verbliebenen Zähne. Um sie weiter zu ernähren, legte man ihr den Nahrungsschlauch in den Magen.

Von guten und schlechten Sonden

PEG-Sonde nennen Experten das Instrument, das Martha Neubert wie eine Nabelschnur aus dem Körper ragt. PEG steht für »perkutane endoskopische Gastrostomie«, Ernährung durch die Bauchdecke. PEG-Sonden können ein Segen sein. Für Menschen, die einen Unfall hatten und für eine Zeit lang in Bewusstlosigkeit fallen, für Patienten, die an der Nervenkrankheit ALS leiden oder denen der Krebs die Speiseröhre zerfressen hat.

Zwei Drittel der Ernährungsschläuche kommen indes bei hochbetagten Menschen in Altenheimen und Krankenhäusern zum Einsatz. Annähernd die Hälfte von ihnen ist altersverwirrt oder hochgradig dement. Eine Untersuchung des Bremer Gesundheitsamtes ergab, dass rund acht Prozent aller Heimbewohner der Hansestadt von einem automatischen Kostspender ernährt wurden, die meisten mehr als ein Jahr lang.

Wenn die Abgeordneten des Deutschen Bundestages konkurrierende Entwürfe zur Patientenverfügung gegeneinander abwägen (was sie in dieser Woche zum wiederholten Mal verschoben haben), dann geht es dabei im Kern darum, auf welche Art ein Mensch medizinische Maßnahmen für sich selbst ausschließen kann. Kurz, um die Freiheit zu sagen: Das will ich für mich nicht – nach einem schweren Unfall, ohne Aussicht auf Heilung, im hohen Alter.

In den meisten Fällen spielt dabei die PEG-Sonde eine entscheidende Rolle. Und wirft Fragen auf: Wann nutzt die künstliche Ernährung durch die Bauchdecke einem Menschen, und wann fügt sie seiner Würde Schaden zu? Wo verläuft die Grenze zwischen wünschenswerter Lebensverlängerung und dem bloßen Hinauszögern des Todes? Und eben: Welchen Wert hat der schriftlich festgehaltene oder mutmaßliche Wunsch eines Menschen nach der Art seines Sterbens?

Die spektakulären, durch die Medien international bekannt gemachten und emotional diskutierten Beispiele sogenannter Sterbehilfe – von Terri Schiavo in den USA bis Eluana Englaro in Italien – hätte es ohne die Sonde nicht gegeben. Meist handelt es sich um Apalliker, die keine Chance haben, aus dem Wachkoma wieder aufzuwachen. Und auch in Deutschland geht es in den allermeisten Fällen, in denen vor Gericht über das Sterben gestritten wird, um die Entscheidung, ob die künstliche Ernährung eingestellt oder fortgeführt werden muss. Insofern wäre die Debatte der Parlamentarier auch eine Abstimmung über ein Hilfsmittel namens PEG-Sonde gewesen. Denn diese ist ein Beispiel für eine medizinische Innovation, die alte Probleme löst – und neue (ethische) schafft.

»Kostengünstig und elegant«

Magensonden sind alles andere als technisch spektakulär. Sie als Teil der Apparatemedizin zu bezeichnen scheint fast übertrieben. Eine PEG ist nicht so teuer wie eine künstliche Niere und weit weniger auffällig als eine künstliche Beatmung. Kein großes OP-Team muss zusammenkommen, um sie einzusetzen. Eine Pumpe, eine elastische Röhre, an die ein Beutel oder eine Flasche gehängt wird, sowie eine Art Ventil: Mehr braucht es nicht. Kaum 15 Minuten dauert es, sie – meist ohne Vollnarkose – anzulegen. Dabei macht der Arzt eine Handbreit über dem Nabel einen Schnitt in die Bauchdecke. Dann führt er durch den Mund einen Plastikschauch in den Magen und zieht diesen durch die Öffnung im Bauch fast bis zum Ende wieder heraus. »Einfach und elegant« sei die Technik, sagt Rainer Wirth, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. »Sie hat die Mediziner sofort überzeugt.«

Seit Menschengedenken hatten Ärzte versucht, ihre Patienten mit Röhren oder ledernen Schläuchen zu speisen, erst durch das Rektum, später über die Speiseröhre. Als Erfinder der Ernährung durch die Magenwand gilt der deutschstämmige Kinderchirurg Michael Gauderer, der 1979 in Ohio einen Säugling mit Schluckbeschwerden vor dem Verhungern bewahrte. Anfangs pressten die Ärzte echte Mahlzeiten durch die Kunststoffröhren, Suppen oder pürierte Lebensmittel, was zu Verstopfungen führte. Die Lösung brachte die Raumfahrt. Die neue Astronautenkost hatte eine hohe Nährstoffdichte, konnte industriell zubereitet werden und ließ sich einfach lagern.

Der entscheidende Vorteil der Magensonde gegenüber automatischer Ernährung durch Nase und Mund ist ein anderer: Früher gelangten über die Nase Bakterien in den Körper. Es kam zu Infektionen, Lungenentzündungen. »Die meisten überlebten die künstliche Ernährung nur wenige Monate«, sagt Ernährungsexperte Wirth. Eine PEG-Sonde arbeitet dagegen keimfrei und nahezu komplikationslos. Einmal installiert, erlaubt sie das Leben am Schlauch über eine lange Zeit. Der bisherige Rekord liegt bei 28 Jahren.

»So hat sie niemals enden wollen«

Martha Neubert hält die Sonde seit August 2005 am Leben. Hatte die alte Frau die künstliche Ernährung damals gewollt? Und wenn, will sie sie heute noch? Niemand weiß dies mit absoluter Sicherheit zu sagen. Die Patientin selbst konnte damals keine Antwort geben. Zwar hatte Neubert sieben Jahre zuvor schriftlich verfügt, »im unmittelbaren Sterbeprozess ... alle lebensverlängernden Maßnahmen« bei ihr zu unterlassen. Doch was heißt das schon? »Ihr Herz ist kräftig, auch die anderen Organe funktionieren«, sagte der Hausarzt. Da habe man alles unternehmen müssen, sie am Leben zu halten. Als ihre jüngere Schwester, die ihr damals als Betreuerin zugewiesen war, mit der Einwilligung zögerte, entgegnete man ihr im Heim: »Wollen Sie Ihre Schwester etwa verhungern und verdursten lassen?«

94 Jahre alt ist Martha Neubert mittlerweile. Ausgezehrt lagert ihr Körper auf einem Wasserbett, das Druckstellen verhindern soll. Die Haut ist brüchig wie Pergament. Fasst man sie etwas fester an, bleiben blaue Flecken zurück, die später dunkelbraun werden. Die Hände der alten Frau stehen im 90-Grad-Winkel von den Armen ab. Die Augen sind zugepresst, als wollten sie im Kopf verschwinden.

»Niemand hat sie so enden wollen«, sagt ihre Schwiegertochter. Selbstbewusst und eigenständig sei ihre Schwiegermutter gewesen, eine gebildete, unternehmungslustige Frau, die sich nach dem frühen Tod des Mannes den Lebensunterhalt selbst verdiente: erst als Hauswirtschaftslehrerin, später als Sekretärin bei der Stadt München. Noch mit 80 Jahren reiste sie in ferne Länder, nach Kanada, Russland und in die USA. Bewusst entschied sie sich, mit ihren Schwestern in das Herz-Jesu-Stift zu ziehen. Weil es so nah am Englischen Garten liegt und das Programm – Ausflüge, Vorträge, Spiele – Abwechslung versprach.

Heute erinnert nur ein Foto ihres verstorbenen Sohnes an ihr langes Leben. Versteckt hinter Pflegeschaum, steht es auf dem fahrbaren Nachttisch. In ihrem Schrank stapeln sich Nachthemden und zwei Dutzend Flaschen Ersatznahrung. Sie sind das Einzige, was Martha Neubert noch braucht.

»Cholesterinfrei und erstattungsfähig«

Isosource Faser steht auf dem Etikett und der Name Nestlé Nutrition. Der Ernährungsgigant aus der Schweiz ist neben Fresenius und Danone eines der drei Unternehmen, die sich den Markt der Sondenernährung teilen. Nestlé bietet die Ersatzkost (»ballaststoffhaltig, cholesterinfrei, erstattungsfähig«) in zwei Geschmacksrichtungen an: Neutral und Toffee. Für Frau Neubert hat das Heim Toffee gewählt.

140000 Magensonden werden jedes Jahr in Deutschland neu gelegt, 500 Millionen Euro geben die Krankenkassen für künstliche Ernährung aus, schätzen Experten. Gesicherte Zahlen kennt freilich niemand. Seit die Ernährungsapparate in die Kritik geraten sind, verbreiten die Hersteller keine

Verkaufsstatistiken mehr. Dass die Ersatznahrung als Wachstumsbranche gilt, ist indes kein Geheimnis. »Deutschland wird älter«, zitiert die *Financial Times Deutschland* den Geschäftsführer von Nestlé Nutrition. Dadurch steige die Zahl der Dementen, die auf Zusatzkost angewiesen seien.

Füttern braucht Zeit

Interessanterweise gilt der Boom nicht für die ganze Welt. In Griechenland verkaufen sich Magensonden so gut wie gar nicht. Die USA dagegen haben nach Schätzungen die höchste PEG-Pro-Kopf-Dichte der Welt. Der Bedarf Deutschlands liegt irgendwo in der Mitte. Die gleiche Streubreite gibt es auch zwischen Heimen, wie die Bremer Untersuchung zeigte: Während in einigen jeder fünfte Bewohner am Schlauch hängt, ist in anderen keine einzige Magensonde zu finden. Wie lange kann ich leben? Wann darf ich sterben? Das sind nicht nur moralische oder medizinische Fragen, sondern auch geografische – und finanzielle.

Natürlich darf die Magensonde, darauf weisen alle Firmen hin, das Füttern mit dem Löffel nicht ersetzen. Doch dies geschehe bis heute viele Male, weiß Christian Kolb, selbst wenn sich in den vergangenen Jahren einiges gebessert habe. Im Jahr 2001 hörte der damalige Krankenpfleger in einem Vortrag die Aussage: »Künstliche Ernährung bei Demenzkranken ist unethisch.« Der Satz ließ Kolb nicht mehr los. Seitdem sammelt der 39-Jährige, der mittlerweile beim Medizinischen Dienst Bayern arbeitet, alles, was mit Sondenernährung und Nahrungsverweigerung zu tun hat.

Wer sich durch die Fachartikel auf seiner Website arbeitet, stößt auf ein Paradox: Während die einen Demenzkranken zu wenig zu essen bekommen, wird in andere Nahrung gepumpt, die sie gar nicht mehr benötigen. So ist jeder zweite Patient über 70 Jahren, der in ein Krankenhaus eingeliefert wird, mangelernährt, bei dementen Personen liegt die Rate noch höher. Denn das Füttern eines Alzheimerkranken braucht Zeit und Zuwendung, zwei Ressourcen, die in Altenheimen chronisch knapp sind.

Bis zu einer Dreiviertelstunde könne eine Mahlzeit dauern, sagt Kolb. Rund 70 Prozent der Pflegearbeit haben mit Essen und Trinken zu tun. Da

ist die Versuchung groß, auf künstliche Ernährung umzuschalten. Doch ist die PEG gelegt, findet sich kaum noch eine Hand zum Füttern, selbst wenn der Bewohner weiterhin ein wenig selbst schlucken könnte. Dann kommt seltener jemand, der sich neben das Bett setzt, gut zuredet oder gar mitisst. Die Maschine hat den Menschen ersetzt – oft bis ans Lebensende.

Dabei ist gerade bei schwer Demenzkranken der Nutzen einer Magensonde umstritten, weil sie die Lebensqualität nicht mehr verbessert. Auch deshalb raten die medizinischen Fachgesellschaften im Endstadium einer Demenz von künstlicher Ernährung ab. Doch noch immer heißt es in den meisten Fällen: einmal PEG, immer PEG. »Das ist das größte Problem«, sagt Christian Kolb. Nicht die Magensonde solle man verteufeln. Die könne durchaus sinnvoll sein, auch bei alten Menschen. Nur müsse man eben wissen, wann sie ihren Dienst getan habe. Doch wer nimmt den Schlauch wieder ab, wenn er einmal dran ist?

»Tausendfacher Rechtsbruch«

Vor Kurzem hat Wolfgang Putz Martha Neubert besucht. Er hat vergeblich versucht, mit ihr zu sprechen, hat sich von ihrer Betreuerin die Vorgeschichte schildern lassen, Briefe und Krankenakten gesichtet. Dann stand seine Meinung fest: »Es gibt keinen medizinischen Grund mehr, Martha Neubert künstlich zu ernähren.«

Wolfgang Putz arbeitet in München als Anwalt für Medizinrecht; sein Spezialgebiet sind Kunstfehler. Gleichzeitig ist der Mann mit grauem Vollbart ein Missionar: für den Willen der Patienten, für das Recht zu sterben, gegen die wahllose Verwendung von Magensonden. Dafür kämpft er seit gut zehn Jahren mit Büchern, Vorträgen und Gutachten, in seinen Vorlesungen an der Münchner Universität sowie vor Gericht. 250 Fälle haben er und seine Mitstreiter bislang betreut, mehrere höchstrichterliche Urteile erstritten. Putz, der neben Jura selbst einmal Medizin studiert hat, ist überzeugt: »Jeden Tag wird in Deutschland viele Tausend Mal das Recht gebrochen.«

Denn die künstliche Ernährung ist – anders als viele Mediziner und Altenpfleger meinen – kein Teil der Pflege, sondern eine Therapie. Will er sich nicht der Körperverletzung schuldig machen, benötigt der Arzt für das Legen einer Magensonde deshalb nicht nur die Einwilligung des Kranken, sondern ebenso eine medizinische Indikation. Eine Lebensverlängerung um jeden Preis gehört nicht dazu. Und beides – Patientenwunsch wie Indikation – gelte es stets aufs Neue zu überprüfen, so Putz. »Die Frage ist nicht: Dürfen wir eine künstliche Ernährung einstellen? Die Frage muss immer wieder lauten: Hat die Magensonde noch einen Sinn? Sind wir berechtigt weiterzumachen?«

Die meisten Fälle hat Putz mit seiner Argumentation gewonnen, den letzten großen Fall nicht. Seit Ende vergangenen Monats steht er deshalb mit einem Bein im Gefängnis. Wieder ging es um die Magensonde. Wieder wollten zwei Kinder ihre Mutter sterben lassen, die seit Jahren im Koma lag. Das Vormundschaftsgericht hatte dazu die Erlaubnis gegeben, der Arzt die Magensonde bereits vom Beutel abgestöpselt. Die Tochter saß am Bett, um die Mutter an ihren letzten Tagen zu begleiten. Da machte das Heim einen Rückzieher: Man könne den Tod nicht zulassen, müsse die künstliche Ernährung wiederaufnehmen.

Hektische Anrufe, es war der Freitag vor Heiligabend, kein Vormundschaftsrichter war mehr zu erreichen, das Heim drohte der Tochter mit Hausverbot – da traf Wolfgang Putz eine dramatische Entscheidung. »Schneiden Sie die Sonde ab«, riet der Anwalt seiner Mandantin. Doch das hätte er nicht tun dürfen, entschied Ende April das Landgericht Fulda und verurteilte den Anwalt wegen versuchten Totschlags zu neun Monaten auf Bewährung. Zwar sei die Einstellung der künstlichen Ernährung richtig gewesen, sagte der Richter, ihre Wiederaufnahme bezeichnete er gar als »rechtswidrigen Angriff« auf die Patientin. Die Magensonde jedoch eigenhändig zu zerstören sei aktive Sterbehilfe und damit rechtswidrig. »Das ist hochgradig unlogisch«, erregt sich Wolfgang Putz. Er will die Causa nun bis zum Bundesgerichtshof tragen. Die obersten Richter werden ihn – da ist sich Putz mit vielen Beobachtern sicher – freisprechen

und wieder für ein kleines Stück Rechtssicherheit sorgen. Noch besser freilich wäre es, die Politik würde das Sterbenlassen endlich vom Schatten des Unrechts befreien und Ereignisse wie in Fulda überflüssig machen.

Der Sterbehelfer

»Am schwersten ist es für das Heimpersonal«, sagt Hans Steil. Wenn der Beschluss gefallen sei, die Magensonde zu entfernen, brauchten die Schwestern und Pfleger den meisten Beistand. Jahrelang hätten sie sich um den alten Menschen gekümmert, hätten Wundstellen gepflegt, gegen Siechtum und Tod gekämpft. »Plötzlich heißt es, 180 Grad in die andere Richtung.«

Wäre das Wort nicht belastet, man könnte Steil einen Sterbehelfer nennen. Der Krankenpfleger gehört zum palliativ-geriatrischen Dienst des Christophorus-Hospizes. Seit 2005 bietet die Münchner Einrichtung, in dem vor allem Krebskranke ihre letzten Tage verbringen, eine ambulante Beratung an. Vielen Dutzend sogenannter Konsensgespräche hat Steil seitdem beigewohnt, in denen sich Angehörige, Schwestern und Ärzte – ohne Richter und Anwälte – einigen, »das natürliche Sterben zu erlauben«, wie Steil es sagt. Mal reicht ein Gespräch, dann wieder ziehen sich die Diskussionen über Monate hin. Und immer wieder kreisen die Gedanken um eine Frage: Dürfen wir einen Menschen verhungern und verdursteten lassen? Dabei, sagt Steil – und Palliativmediziner geben ihm recht –, spürten die Betroffenen in der letzten Phase ihres Lebens keinen Hunger mehr. Und solange die Pfleger den Mund befeuchteten, stelle sich auch kein Durstgefühl ein. Gut eine Woche dauerte das Sterben bei Steils letztem Einsatz. Jeden Tag kam er ins Heim, sprach mit Schwestern und Angehörigen, begleitete sie ans Bett des Sterbenden. Ruhig lag er da, die Muskeln entspannt, der Atem gleichmäßig, er schien keine Schmerzen zu spüren. Am Ende versagten die Nieren, der alte Mann fiel ins Koma. Wie friedlich er einschlief, überraschte alle außer Hans Steil. »Wer so ein Sterben erlebt hat«, sagt er, »hat vor dem Abstellen der Magensonde keine Angst mehr.«

<http://www.zeit.de/2009/23/M-PEG-Sonde>, verfügbar am: 06.06.2012, 22:00 Uhr

Anlage 7: Interviews

I1: Interview vom 09.01.2012 im Seniorenbetreuungszentrum Glösa

I2: Interview vom 10.01.2012 im Pflegeheim „Kreuzstift“

I3: Interview vom 16.02.2012 im Betreuungszentrum für Wachkomapatienten

I4: Interview vom 16.02.2012 im Wohnpark „Geibelhöhe“

I5: Interview vom 17.02.2012 im Altenpflegeheim „Am Goetheplatz“

I6: Interview vom 07.03.2012 im AWO- Pflegeheim „Marie- Juchacz-Haus“

1 **Interview vom 09.01.2012 im Seniorenbetreuungszentrum Glösa**

2

3 I: Interviewerin Susann

4 S: Interviewpartner

5

6 I: Wie viele Bewohner werden bei Ihnen Künstlich ernährt?

7 S: Im Haus oder ofm Wohnbereich? Ich kann ja jetzt eigentlich nur
8 vom Wohnbereich sprechen.

9 I: Dann nehmen wir den Wohnbereich.

10 S: Nehm morn Wohnbereich. Im Moment hab ich niemanden.

11 I: Hm und auf den anderen wissen se och nicht ob die was ham?

12 S: (holt tief Luft) Ich glaube oben ist zur Zeit glaub ich auch nie-
13 mand und unten glaub ich auch niemand meine ich, also soviel ich
14 weiß .. (schnalzt mit der Zunge). Die Letzte hier oben ist verstorben
15 . (holt tief Luft). Nee also ich bin mir jetzt nicht ganz sicher aber ich
16 glaube wir ham im Moment überhaupt niemanden im Haus.

17 I: Und wenn Sie jemanden ham warum werden die dann künstlich
18 ernährt? Was ist der Grund dafür?

19 S: (räuspert) Es gibt unterschiedliche Gründe=also meistens isses
20 doch so, dass ähm enne Erkrankung der Demenz dahinter steckt.
21 Also oftmals och so Demenz vom Alzheimertyp und da ist's häufig
22 so, dass mor entweder die hat, es gibt ja verschiedene Formen, die
23 einen die essen also unentwegt, die ham nicht wirklich ein Sätti-
24 gungsgefühl und dann gibt's aber och die Leute die's Essen oder's
25 Schlucken und diese ganzen Vorgänge eben wie vergessen=es
26 kommt ja immer drauf an welche Areale dort och betroffen sind.

27 I:Ja.

28 S: Und äh wir hatten ja ne Sondenernährung ofm Wohnbereich, bei
29 ihr war's ehm so, dass sie mehr oder weniger dieses **essen** .. ver-
30 gessen hatte, also wie mor das macht.

31 I:Ja.

32 S: Nor und dann geht's eigentlich so Dibbeldabbeltour das im Prin-
33 zip ähm wenn mor merkt, dass ne Minderernährung vorliegt, ge-
34 guckt wird warum ist die. Kann natürlich och mal durch nen Schlag-

35 anfall sein. Ne Schluckstörung die kann=so ne künstliche Ernäh-
36 rung kann ja och mal ähm übern bestimmten Zeitraum=raum sein.
37 Wenn sich der Bewohner dann wieder erholt kann mor das, hat mor
38 auch schon, kann dann die Sonde einfach, beziehungsweise der
39 Zugang bleibt dann nur liegen, wird dann gespült, solange bis sich
40 der Bewohner vollkommen erholt hat und wieder vollkommen selbst-
41 ständig isst, dann kann mor das och wieder entfernen. Bei unsrer Be-
42 wohnerin war's eben so, dass ähm aufgrund wie gesagt der De-
43 menz und des nicht mehr essen's äh angezeigt war ähm dass
44 es hier Probleme gibt, dass keine ausreichende Ernährung mehr
45 stattfand und dann spricht der Arzt och mit den Angehörigen. Die
46 Angehörigen, also die Leute selber könn ja och meist nicht mehr
47 selber entscheiden wenn se in so einem Zustand sind, ham dann
48 entweder ne Vorsorge oder eben Betreuer. Und also da alle zu-
49 sammen nor, aber letztendlich der Arzt und der de Vorsorge oder
50 wer Betreuer ist, treffen dann die Entscheidung und dann wird im
51 Krankenhaus im Prinzip diese künstliche Ernährung vorgenom-
52 men=meistens wird dann also was gelegt, das nennt sich entweder
53 so so ne PEG so ne

54 I: [Hm]

55 S: ähm und da gibst aber och verschiedene. Da gibt's welche mit
56 innen so nor Platte und es gibt jetzt neuere mit so nem Ballon, die
57 kann mor dann och hier im Haus wenn's nötig ist mal wechseln.

58 I: Wird dann aber och nochmal geguckt ob die Leute ne Patienten-
59 verfügung haben oder ob die das wollen oder wie ist denn das?

60 S: Ja, auf jeden Fall auch. Also wenn in der Pati-
61 entenverfügung sowas schon mit vermerkt ist und das is eben dass
62 was mir im Moment sehr spürn. Die letzten PEG's die wir hatten
63 das warn alle so die die irgendwann mal vor zehn, fünfzehn Jahr
64 sich ham eine legen lassen . nor. Da war das einfach so ähm, dass
65 ähm d d jaaa viele och gedacht ham das is fürn M o m e n t, wir
66 machen das mal und vielleicht erholt sich derjenige och wieder.
67 Mittlerweile muss ich sagen ham eben viele Angehörige sind ein-
68 fach och offener für die Dinge, erkundigen sich mehr und sehen das

69 einfach och als lebensverlängernde Maßnahme und ganz viele Leu-
70 te ham eben jetzt och ne Patientenverfügung, nachdem die ja jetzt
71 doch mehr anerkannt wird wies eben damals war. Damals gab's
72 och schon Leute die mal gesagt haben ich möchte das ni oder das
73 ni oder das ni aber das wurde ja ni wirklich so anerkannt,
74 I: [Hm]

75 S: das wiss mor ja nor, dass das ja dafür noch keene gesetzliche
76 Grundlage dafür gab nor. Jetzt ist das so, jetzt soll das schon be-
77 rücksichtigt werden und jetzt tauchen natürlich immer mehr Patien-
78 tenverfügungen uff und in diesen Patientenverfügungen steht dann
79 eindeutig drinne keine lebensverlang=verlängernde Maßnahme,
80 und das ist ja dann in so nem Stadion ne lebensverlängernde Maß-
81 nahme, und deshalb merken wir jetzt ganz stark den Rückgang,
82 deshalb ham wir jetzt och im Moment keene PEG's mehr.

83 I: [Ja]

84 S: Nor, weil das genau der Grund ist nor. Also ich persönlich finde
85 och für Unfälle, Schlaganfälle wo mor einfach sieht j a es ändert
86 sich nochmal wieder was in dem Zustand, es is ne vorübergehende
87 Sache oder Hals-OP's oder so, find ich das wirklich och super aber
88 ich find's ehm och wenn jemand achtzig oder neunzig Jahre alt ist,
89 um das nur noch rauszuzögern ..., ja schwierig. Also da muss mor
90 wirklich das sich sehr genau überlegen. Och als Angehöriger, ob
91 mor das dann seinem, . den mor ja betreut, nochmal zumutet.

92 I: Es sind dann also aber schon eher medizinische Gründe warum
93 die PEG's dann gelegt werden oder?

94 S: Auf jeden Fall **immer** medizinischer Grund muss im=also es ist
95 wirklich so das oftmals ehm ne Mangelernährung entsteht . und dort
96 muss dann geguckt wern wo kommt die her und wie gesagt, es
97 kann ne schleichende Sache sein, das kann aufgrund nor Demenz
98 sein und dort sollte mor dann och wirklich gucken wie alt ist der
99 Mensch und sollte mor jetzt och mal gucken ob das ni einfach das
100 natürliche Ende ist . .Nor un und das das a Stück weit mal akzeptie-
101 ren und dann natürlich versuchen noch ja über angepasste
102 Er=manchmal geh geht's ja einfach, se könn keene feste Nahrung

103 mehr nehmen, dann kann mor ja probieren das erstmal mit ner pü-
104 rierten Kost nor . oder mit zusätzlichen Sachen, die mor über Reha
105 oder so ja kriegen kann nor, die verschiedene Sanitätshäuser an-
106 bieten. Und wenn das alles ni mehr greift dann muss natürlich ne
107 Entscheidung falln und wie gesagt die Entscheidung is entweder
108 die ham ne Patientenverfügung und möchten das ni . nor, dann soll-
109 te mor das o akzeptieren, dann isses halt so, oder wie gesagt es
110 is´n plötzlicher Eintritt und das wären dann Tumore die operiert
111 wern, wo mor sagt jetzt muss ich ja für die Zeit, weil ich hab ja Hoff-
112 nung, äh
113 I: [Ja]
114 S: was tun. Da find ich das super gut oder ehm wie gesagt es gibt
115 och die Leute die Schlaganfall ham, wo ehm das Schluckzentrum
116 betroffen ist, och für da, wo mor sagt für ne gewisse Zeit und es
117 kann ja wieder ne Besserung eintreten=hat mor ehm schon, dann
118 find ich das och super. Also das is dann das sin alles medizinische
119 ehm Gründe die dann dafür sprechen. Also ansonsten wird sowas
120 nie gelegt also ni aus .. weil der jetzt zu langsam isst oder **ne**?
121 I: Hm.
122 S: Ich mein das klingt jetzt doof aber als solchen Gründen oder
123 um sich das zu erleichtern, sach ich jetzt mal, in der Pflege, weil
124 vielleicht n Pflegenotstand irgendwo wäre, und mor würde dann
125 sowas machen um . das wäre **fürchterlich**. Also das ... traut mor
126 sich gar ni vorzustellen.
127 I: Ja.
128 S: Nor also das wäre wirklich fürchterlich, wenn mor sowas macht
129 um ne Pflege zu erleichtern, um dass die einfach essen weil se zu
130 langsam essen. Also das wär wirklich furchtbar nor.
131 I: Da haben Sie mir ja die dritte Frage, wie Sie selber persönlich
132 dazu stehen, schon ein Stück weit beantwortet.
133 S: Also wie gesagt, ich kann ihn das och gerne nochmal, ich selber
134 bin der Meinung an sich ne gute Sache, wenn es über nen be-
135 stimmten Zeitpunkt hinweg mal hilft. Wenn mor sagt es is ne Besse-
136 rung in Sicht, es ist dafür da um mal nen akuten Krankheitszustand

137 zu überstehen, zum sich dann och wieder von dem von diesem
138 Ding zu lösen, dann ja. Ich find's schwierig wenn's als .. wenn's am
139 Lebensende als lebensverlängernde Maßnahme eingesetzt wird
140 um, . ich weeß ni aus welchen Gründen och immer, keene Ahnung
141 also=dann find ich's halt schwierig. Aber die Entscheidung müssen
142 wir immer akzeptieren. Also die Entscheidung trifft immer der Arzt
143 mit den Angehörigen oder dem Bewohner selber aber meist könn
144 die, wie gesagt, selbst nimmer entscheiden und wir akzeptieren das
145 och, egal wie die Entscheidung fällt, also so oder so. Mir dürfen
146 immer ne persönliche Meinung dazu ham, das find ich och wichtig,
147 wir ham och schon Dinge gehabt wo mor im Team drüber diskutie-
148 ren, weil wir sind och Menschen mit ham och Gefühle a b e r letzt-
149 endlich wird immer die Entscheidung . derjenigen akzeptiert. Nor,
150 also das muss immer im Vordergrund stehen, egal wie. Nor.
151 I: Würden Sie selber gern künstlich ernährt werden wollen?
152 S: Nein .. genau aus den
153 Sachen, dass ich jetzt ich bin jetzt seit über zehn Jahren hier im Be-
154 ruf hab ebnd .. schon einige miterlebt. Wie gesagt möchte würde
155 selber sofort zustimmen, wenn es für mich eine vorübergehende
156 Lösung wär, wenn mir damit geholfen würde enne Krankheit zu
157 überstehen. Ich möcht's aber ni im Alter weil wie gesagt ich ni mehr
158 essen kann um mei Leben zu verlängern. Da würd ich's ni ham
159 wolln, weil ähm . uns och schon Angehörige von Bewohnern, die äh
160 künstlich ernährt wurden, gesagt ham das is wie ein Sterben auf
161 Raten .. nor. Die ham nehm eigentlich an dem Tag schon Abschied
162 und das jeden Tag wieder nor und so ne künstliche Ernährung die,
163 das das is ja's Beste was es gibt, was in den Beutelchen drinne ist,
164 das is ja ne ganz gut abgestimmte Nahrung mit ganz viel Vitami-
165 nen und Mineralstoffen=da is ja wirklich, das ist ja super abge-
166 stimmt . .Der Körper wird dann so gut versorgt und die Leute sind
167 aber vom Verstand her, manche sind so weit weg oder in so nem
168 somnolenten Zustand nor, wo die eigentlich nur noch schlafen und
169 eigentlich nur noch über diese Ernährung am Leben gehalten wer-
170 den und das . s sehen mittlerweile ganz viele Angehörige och als

171 ga sehr sehr schwierig an nor . weil die sehen eigentlich och nur
172 noch . n Ding da liegen was ernährt wird nor. Also wie gesagt, ni
173 grundsätzlich dagegen aber es soll, muss sehr genau geguckt wer-
174 den wo mor sowas einsetzt nor. Oder ein junger Mensch, der einen
175 Verkehrsunfall hatte, . für ne bestimmte Zeit wunderbar, weil so
176 kann morn wirklich ausreichend ernähren. Mor kann diese Zeit
177 überbrücken, gar ke Thema nor aber ni im Alter um . zu verlängern.
178 Also da find ich´s sehr schwierig. Nor, ok.
179 I: Ok. Vielen Dank für Ihre Antworten.

1 **Interview vom 10.01.2012 im Pflegeheim „Kreuzstift“**

2

3 I: Interviewerin Susann

4 S: Interviewpartner

5

6 I: Wie viele Bewohner werden in Ihrer Einrichtung künstlich ernährt?

7 S: Eine.

8 I: Eine.

9 S: Wir ham ähhh in der Dauerpflege haben wir achtundvierzig Plätze=also
10 von achtundvierzig Plätzen haben wir eine Bewohnerin die momentan
11 künstlich ernährt wird, über PEG.

12 I: Und warum wird diese Bewohnerin künstlich ernährt?

13 S: Nach nem Schlaganfall.

14 I: Ja.

15 S: Die hat ähm dementsprechende Schluckstörungen, wo se im Prinzip
16 dadurch keene Nahrung mehr aufnehmen kann.

17 I: Mhm. Und wenn Sie andere Bewohner mit einer PEG haben sind das
18 dann auch meist medizinische Gründe oder

19 S: Ja.

20 I: Wie stehen Sie persönlich zum Thema künstliche Ernährung? Was
21 glauben Sie wie es ist künstlich ernährt zu werden?

22 S: (holt tief Luft) Zwiespältig . muss ich ganz ehrlich sagen . ,äh grad in
23 der Altenpflege. Wir haben es mit alten, kranken, pflegebedürftigen Men-
24 schen zu tun . .Ich mache, sicher . klingt das vielleicht och hart, . ich stelle
25 mir immer wieder die Frage: „Muss das sein?“, wenn vielleicht ne fünfund-
26 neunzig jährige Bewohnerin nen Schlaganfall erleidet und dann ne PEG
27 bekommt, weil se ni mehr schlucken kann (holt tief Luft).

28 I: Mhm.

29 S: Dort stell ich mir einfach die Frage: „Warum? Warum darf der Mensch
30 ni auf nen natürlichem Wege gehen?“ .. ,wenn einfach so ne Art=so ein
31 Ereignis eintritt. Es gibt aber och die Fälle, grad die demenzkranken Be-
32 wohner, die einfach körperlich im Prinzip noch fit sind aber vom Geist her
33 dieses diesen Schluckprozess ni mehr umsetzen können. Also die

34 können vom .. ,wie soll ich´n sagen, da funktioniert dieser Reflex, den mor
35 eigentlich hat, der funktioniert irgendwann ni mehr weil diese Gehirnzellen,
36 die dafür verantwortlich sind, dann ehm dort in Mitleidenschaft gezogen
37 sind durch die Demenz. Dort is wieder´n Punkt, dort würde ich den Men-
38 schen verhungern lassen. . Dort isses durchaus angezeigt, dass mor ne
39 Magensonde legt.

40 I: Ja.

41 S: Wobei dann och immer wieder mit den Angehörigen abzusprechen ist
42 in welchem Stadium das is. Wenn da schon wieder oh jemand liegt, in
43 nem Embryonalstadium, wo mor eigentlich denkt es geht sachte zu Ende,
44 dann isses dor natürliche Prozess.

45 I: Hm.

46 S: Nor. Es is immer so ne Sache, vor allen Dingen weil´s och wirklich ne
47 lebensverlängernde Maßnahme is und die Leute könn oftmals ganz sehr
48 schwer sterben. Wir ham Probleme mit Aspirationspneumonien, bei je-
49 mandem der so´n so schwer krank is und ne Magensonde hat weil och der
50 Magen diese Nahrung teilweise gar ni will. Die ham dann ein aufstoßen,
51 aspirieren und . es passiert eigentlich, dass was och bei Nahrungsauf-
52 nahme passieren würde, deswegen ham se ja eigentlich ne PEG- Sonde
53 bekomm.

54 I: Ja.

55 S: Also mor ich kann ni sagen ich bin generell dagegen um Gottes Willen,
56 .. da wär ich in meinem Beruf falsch aber wenn von der Pflege ausgeh,
57 was wir an Bewohnern hier pflegen .. muss mor manchmal sich wirklich
58 die Frage stellen: „Ist das sinnhaft?“

59 I: Also wenn die Dame oder der Herr jetzt achtzig ist und sagt ich will jetzt
60 nichts mehr essen, weil ich hab mit dem Leben abgeschlossen, dann sind
61 Sie schon der Meinung man sollte das akzeptieren?

62 S: Bin ich der Meinung. Also ich möchte das für mich, dass das mal ak-
63 zeptiert wird und wir ham Bewohner, die ham och Patientenverfügungen,
64 und och über diese Patientenverfügungen hinaus werden solche Dinge
65 teilweise noch durchgeführt.

66 I: Also auch wenn in der Patientenverfügung steht ich will das nicht

67 S: ham
68 mor's schon gehabt das im Notfall jemand wieder kam mir nor PEG.
69 I: Also aus'm Krankenhaus dann?
70 S: Aus'm Krankenhaus=die wern ja von hier=also wir haben (holt tief Luft)
71 ich habe hier bis jetzt einen Fall gehabt, und da gings och um ne demenz-
72 kranke Bewohnerin, . die is von hier aus in's Krankenhaus zum Legen ei-
73 ner PEG. Ansonsten sind bis jetzt **alle** PEG's aus'm Krankenhaus zu-
74 rückgekommen, nach nem Notfall.
75 I: Die dann nicht mehr entfernt werden dürfen?
76 S: Nö. Wir ham jetzt ne Bewohnerin, die is och damals in's Krankenhaus
77 vor vielen Jahren, sechs, sieben Jahre isses her, die hat dort ne PEG ge-
78 kriegt. Aufgrund der Demenz hat die dort ni gegessen, hatte och nen
79 Schlaganfall aber der Schluckreflex war durchaus da, war von hier mit nor
80 Entgleisung, mit nor Diabetesentgleisung, in's Krankenhaus. Hat dort die
81 Leute ni gekannt, bei fremden Leuten hat die nie gegessen, (holt tief Luft)
82 und hat ne PEG gekriegt. Die hat die PEG sechs Jahre gehabt, die hat
83 sich nu selber verdaut, muss mor so sagen, die gehen ja irgendwann lö-
84 sen die sich off, das is die is voriges Jahr hat mor die dann plötzlich in der
85 Hand, beim . Verbandswechsel von der PEG . Und sie isst und trinkt, also
86 nimmt mehr der weniger flüssige und breiige Nahrung zu sich, aber hat bis
87 jetzt noch ni an Gewicht verlorn oder so.
88 I: Hm. Sind da die Hausärzte, mit denen Sie zusammenarbeiten, aufge-
89 schlossener? Also unterstützen die das eher wenn man sagt „Nö, wir hö-
90 ren jetzt hier auf“ oder sind die auch so auf Biegen und Brechen darauf
91 aus dass man das jetzt machen muss?
92 S: Nö. Also unsre Hausärzte die hier ein- und ausgehn sprechen grund-
93 sätzlich och mit den Angehörigen, was da och nor möglich ist, was ge-
94 macht werden soll, was ratsam oder was ni ratsam is und äh sind ni die
95 Verfechter, dass muss jetzt auf Biegen und Brechen jetzt hier noch ne Er-
96 nährung stattfinden.
97 I: Hm.
98 S: Nor weil unser Altersdurchschnitt in der Einrichtung liegt bei siebenun-
99 dachtzig Jahren und da haben wir aber vier Bewohner die sind unter
100 sechzig. Wenn mor die mal noch rausrechnen dann lieg mor weit über

101 neunzig und irgendwo bin ich der Meinung muss ein Mensch och mal ge-
102 hen dürfen. So schwer wie das is aber ...

103 I: Aber da kann man jetzt eigentlich, wenn die Ärzte im Krankenhaus das
104 über die Verfügung hinweg trotzdem machen, gar nichts dagegen tun?

105 S: Nee, man kann da nix dagegen tun. Es kann der Hausarzt irgendwann
106 sagen gut jetzt nehm wir de Nahrung ein Stück zurück oder setzen die
107 Nahrung ab, ehm wieder im Gespräch mit den Angehörigen und dann
108 ehm wieder die Patientenverfügung zur Grundlage zu legen. Nor grad
109 wenn och jemand mit nor SMH von dannen zieht ist diese Patientenver-
110 fügung vielleicht och mal ni mitgegangen, weil es dort im Eifer des Ge-
111 fechts, das sin ja manchmal nor (holt tief Luft) das sin ja Minuten und wie
112 auch immer .. geht ja oft relativ schnell. Und eh der Angehörige die nach-
113 getragen, die hingetragen hat is manchmal och schon ne Entscheidung
114 getroffen. Da liegt oftmals schon ne Nasensonde und dann ja und sie
115 könn doch aber ihren Angehörigen ni verhungern lassen. Das hör ich ganz
116 oft, dann wenn´s um solche Gespräche ging. Wir ham voriges Jahr och so
117 nen Fall gehabt. Die war och mit nem Schlaganfall in´s Krankenhaus
118 gekomm, und dort waren Gott sei Dank die Angehörigen sehr stark. Die
119 waren zwischenrein och nochmal bei uns, ham sich beraten lassen und da
120 kam genau och mit dieser Aussage, die die Angehörigen eigentlich och
121 grundsätzlich kriegen, och wenn die Patientenverfügung da ist, sie lassen
122 jetzt ihre Mutter oder ihren Vater verhungern. Und wer ist dann so stark
123 und sagt ich lass ne jetzt verhungern.

124 I: Finden Sie, dass die Leute jetzt aufgeklärter sind was dieses Thema
125 betrifft, als vor zehn Jahren? Hat es vor zehn Jahren mehr Sonden gege-
126 ben?

127 S: Hm nee, . würd ich ni sagen dass es unbedingt mehr gab. Die sin also
128 vor zehn Jahren, wo das losging mit den Sonden, warn die schon genauso
129 eifrig dabei wie jetzt und äh ich, mein persönliches Gefühl muss ich aber
130 och wirklich dazu sagen, is mein persönliches Gefühl dass die Angehöri-
131 gen in den Krankenhäusern noch genauso beraten werden wie damals.
132 Nor, also hier geht's um´s Essen, um´s Leben um´s Lebenserhalten auf
133 Biegen und Brechen . nor.

134 I: Also sind die Angehörigen auch kein Stückchen weiter?

135 S: Nee, weil ich denk die Angehörigen .. die sin immer irgendwo die Sel-
136 ben. Solange, wie das mit meiner Mutter und meim Vater gut geht, . denk
137 ich gar ne drüber nach, was könnte denn sein, und mor steht irgendwann
138 vor diesem Problem ei was denn jetzt weiter. Das geht los, das erleben wir
139 hier wenn es um die Heimaufnahme geht, die ersten Kontakte mal mit
140 Kurzzeitpflege, Tagespflege bis hin hier zum Einzug, dass sich da vorher
141 überhaupt ni damit befasst wurde weil es ging ja sein Gang. . Nor un un
142 un das selbe Spiel is eigentlich och wenn jemand hier ist und es geht
143 plötzlich jemandem schlechter und mor hat diesen diesen Umgang Ster-
144 ben, Tod. Es ist immer noch in unserer Gesellschaft der Tod wird wegge-
145 schoben, der Tod gehört ni dazu, und das ist eigentlich das ganze Prob-
146 lem. Und selbst wenn man selber, wenn mor seine eigenen Angehörigen
147 sieht, . manchmal denkt mor ei mor müsste vielleicht mal drüber und das
148 och mal in´s Auge fassen. Ich erleb das selber jetzt och bei meiner Oma, ..
149 es treten Gegebenheiten ein mit denen hab ich hier täglichen Umgang
150 aber wenn´s einen selber betrifft is das plötzlich wieder ganz anderer Part.
151 Das is das is einfach so und ich denk da wird sich och in Zukunft nicht
152 sehr viel ändern.

153 I: Also es fehlt an Aufklärung?

154 S: Ja, im Allgemeinen.

155 I: Würden Sie selber künstlich ernährt werden wollen?

156 S: Nein, nie und nimmer. Wenn ich so krank bin, dass ich nicht mehr es-
157 sen kann dann möchte ich bitte gehen dürfen, egal wie alt ich bin. Punkt.
158 Ich find das einfach grausam wenn man über Stunden, teilweise vierund-
159 zwanzig, Nahrung in sich hineingepumpt bekommt.

160 I: Und wenn das jetzt aber mit einer Aussicht wäre, dass das nur für zwei,
161 drei Monate wäre?

162 S: Die gibt einen keiner.

163 I: OK.

164 S: Da bin ich och sehr radikal mit mir. (4)

165 I: Dann bedanke ich mich für Ihre Zeit und Ihre Antworten.

1 **Interview vom 16.02.2012 im Betreuungszentrum für Wachkomapati-**
2 **enten**

3
4 I: Interviewerin Susann

5 S: Interviewpartner

6
7 I: Wie viele Bewohner werden bei Ihnen künstlich ernährt?

8 S: Von fünfzehn Bewohnern vierzehn.

9 I: Und warum werden diese Bewohner künstlich ernährt? Welche Indikati-
10 on besteht?

11 S: Das sin alles Zustände nach Reanimation mit Folge von schweren neu-
12 rologischen Erkrankungen, . aufgrund beispielsweise ich sag mal diabeti-
13 sches Koma . ähm Gewaltverbrechen . in den Zustand geraten. Alles Leu-
14 te die in der Rehaklinik äh über Monate waren, von der Rehaklinik neuro-
15 logisch austherapiert . sind . Endresultat war, dass die Störung des Ma-
16 gen- Darm- Traktes, in dem Moment keine orale Aufnahme der Nahrung
17 mehr notwendig, also nicht möglich ist, und äh der Zustand, das parente-
18 ral bedeutet über Infusion, ja nur ne bestimmte Zeit nor der Körper ernährt
19 werden kann, beziehungsweise mit Mineralien, Kalium mit allem offgefüllt
20 werden kann. Das Zweite ist dann die Nasensonde die folgt, was auch
21 bloß ne bestimmte Zeit geht . . Danach folgt quasi entweder die PEG-
22 Sonde, die reine Magensonde . . Wenn die Leute aber ne reine Schädi-
23 gung des Magens ham erhalten se eine Dünndarmsonde .. und darüber
24 erfolgt dann die künstliche Ernährung ..

25 I: Und das bleibt dann so?

26 S: Ja äh es wird im Rahmen der Therapie erfolgt natürlich dann ähm . die-
27 sen Geschmackssinn erstmal anzuregen oral. Ist das möglich wird
28 Schlucktraining durchgeführt . ,leicht angefangen mit äh mit Eiswürfel, mit
29 Geschmacksverstärker, Informationsarbeit äh in Bezug zu den Angehöri-
30 gen was hamse gerne getrunken, was hamse gemacht (holt tief Luft). Be-
31 deutet allerdings auch, dass se von der geblockten Trachealkanüle weg-
32 kommen, dass se enne ungeblockte haben weil ansonsten ist der Ge-
33 schmackssinn nicht vorhanden . nor .. .So und dann wird probiert, der
34 Körper braucht so und soviel Flüssigkeit .. schlucken müssen se könn

35 damit die Gefahr der Aspiration . nicht besteht, dass irgendwas in de
36 Lunge kommt .. nor . und der Bedarf muss über vierundzwanzig Stunden
37 abgedeckt sein . ,solange behalten se ihre Magensonde .. .So und da se
38 ja komplett och von der Orientierung her ... muss natürlich der Körper
39 mitmachen.

40 I: Hm.

41 S: Nor.

42 I: Was glauben Sie, warum alte Menschen die Nahrungsaufnahme ver-
43 weigern?

44 S: Also alte Menschen is jetzt ni mei Klientel was ich hier betreue. Alte
45 Menschen in dem Sinne is ja sehr vieles och krankheitsbedingt. Ich nenn
46 jetzt ganz einfach nur mal die Demenz, ich nenn mal den Alzheimer .. vie-
47 le Sachen die altersbedingt sind (6) .Alles och Schädigungen, sach ich
48 mal äh .. ganz einfach och, dass die alten Leute den Geschmackssinn ver-
49 lieren . nor . .Das Bedürfnis oh ni ham mehr Hunger zu haben . und dann
50 och äh reinweg vom vom körperlichen Zustand her, . die Bettlägrigkeit
51 kommt dazu, die Schwäche (5).

52 I: Finden Sie es dann gut, dass man die alten Menschen auch künstlich
53 ernährt, auf Biegen und Brechen sage ich mal?

54 S: Nee (4).

55 I: Sie sehen also auch schon Gründe, wo man jetzt sagt, dass man das
56 dann lässt?

57 S: Nee, also ich bin achtundzwanzig Jahre in der Pflege ..nor und ich bin
58 schon der Meinung, wenn ein alter Mensch so gebrechlich ist, dass der
59 Körper ganz einfach ni mehr will dann muss ich dem och keene Ernäh-
60 rungssonde mehr legen .. und eigentlich künstlich am Leben erhalten sach
61 ich mal . .Wenn vorher keene Vorsorgevollmacht oder irgendwas oder
62 keene Angehörigen, und jetzt andere Leute entscheiden was mit dem
63 Menschen passiert, ich würde das ablehne, . persönlich (4).

64 I: Wie stehen Sie persönlich zum Thema künstliche Ernährung? Was den-
65 ken Sie, was es bedeutet künstlich ernährt zu werden?

66 S: Ja ich sach ähhh es gibt Krankheitsbilder wo ganz einfach künstlich
67 ernährt werden muss nor, wie zum Beispiel schwere Fälle von MS, . wo ...
68 ganz einfach ... was och sehr viel sehr viel junge Leute betrifft. Wo ich

69 sach es gibt notwendige künstliche Ernährung, äh . die mor eigentlich ni
70 ablehn kann. Es gibt aber och künstliche Ernährung die mor eigentlich
71 ablehn müsste nor . .Es gibt och schwere Fälle von Karzinomen von von
72 Krebs, wo ich mir sag .. irgendwann is mal gut.

73 I: Hm.

74 S: Nor.

75 I: Und würden Sie denn selbst künstlich ernährt werden wollen?

76 S: Nein, nein.

77 I: Okay.

78 S: Nee, aus dem Grund schon ni. Äh wie gesagt, es is oh krankheitsbe-
79 dingt nor, was hat mor, inwieweit kann mor oh die Entscheidung noch sel-
80 ber treffen . oder müsst ich das jetzt meiner Tochter überlassen, sach ich
81 mal ganz einfach . nor, was warum muss ich künstlich ernährt werden.
82 Das sin alles so Sachen die .. eigentlich wie ä Kreislauf sach ich mal.

83 I: Mhm.

84 S: Wenn ich jetzt ... enne komplette Machen- OP habe oder enne kom-
85 plette Darm- OP habe, wo's ni zu umgehen is, (4) könnte das für mich
86 selber entscheiden=ich würde sagen, das muss mor live machen.

87 I: Mhm.

88 S: Nor aber ni wenn ich verkrebst bin von oben bis unten und wer
89 offgefüllt? Nee danke.

90 I: Mhm. Und glauben Sie, dass die Leute jetzt aufgeklärter sind als vor fünf
91 oder zehn Jahren?

92 S: Na ich finde och die Aufklärung, äh aufgrund der Medien un un ringshe-
93 rum, . die erfolgt ni richtig.

94 I: Mhm.

95 S: Der Meinung bin ich. Es es wird och sehr viel, mach mor uns doch
96 nichts vor, vor Jahrn der Fall in Amerika, jahrelang über Sonde ernährt un
97 dor un dor Mann entscheidet Sonde weg. Wenn enmal ne Sonde liegt
98 dann liegt se.

99 I: Mhm.

100 S: Nor .. ich meen bei den Leuten, bei meinem Klientel isses wirklich, es is
101 die müssen über Sonde ernährt werden. Es geht gar ni anners nor .. .
102 Aber hier sind die neurologischen Schädigungen spielen hier ne Rolle. Nor

103 mor sollte schon immer bedenken was hat der Mensch och für nen eignen
 104 Wunsch gehabt .. .Es betrifft ja ich hab junge Leute, ich hab alte Leute,
 105 dor Jüngste is einundzwanzig
 106 I: Also wenn jetzt och jemand sagen würde ich will nicht mehr dann sollte
 107 man das auch akzeptieren?
 108 S: Ich bin der Meinung mor sollte doch noch äh gewisses Recht haben
 109 über sein eignen Körper zu verfügen und es beziehungsweise, wenn
 110 mor's och nicht schriftlich gemacht hat, das Ganze, einfach Leute die's
 111 wissen ganz einfach oh, das Recht haben das zu sachen und dass dann
 112 ganz einfach oh akzeptiert wird nor. Und oh wenn's schriftlich niedergelegt
 113 is, dass solche Sachen nachher akzeptiert werden weil es gibt och solche
 114 Sachen wo sich oh da drüber hinweg gesetzt wird. Dass auf einmal ein
 115 Betreuer ne Unterschrift leistet, für en Eingriff den derjenige eigentlich
 116 schriftlich niedergelegt hat das er's ni wollte.
 117 I: Mhm.
 118 S: Da bin ich schon der Meinung das irgendwo ..das Recht besteht, dass
 119 ich über mich selber entscheiden kann. Das ist meine persönliche Mei-
 120 nung.
 121 I: Mhm.
 122 S: Nor aber wie gesagt dazu bin ich och schon zu lange in der Pflege
 123 I: Und die Leute hier haben alle so eine Patientenverfügung?
 124 S: Nee, die ham keene Patientenverfügung äh das sin, wie gesagt, ganz
 125 verschiedene Zustände die hier bei in diesem .. oder sach ich mal durch
 126 verschiedene Einflüsse, sach ich mal, in diesen Zustand geraten sind. Da
 127 lach natürlich äh oftmals nichts vor weil das alles Akutfälle sind . nor. Da
 128 musste dann wirklich entweder der eingesetzte Betreuer, innerhalb der
 129 Familie, beziehungsweise der Betreuer der staatlicherseits eingesetzt
 130 wurde, die Entscheidung treffen (4). Da steht immer was hab ich für ne
 131 Prognose
 132 I: Und wenn Sie Ihre Bewohner jetzt hier so sehen, glauben Sie da hätte
 133 jemand gesagt nein das will ich nicht, wenn Sie in der Lage dazu gewesen
 134 wären?
 135 S: Ja ich denke ... ja, ich hab hier och schon Fälle gehabt wo sich der
 136 Ehemann ganz einfach drüber weggesetzt hat weil, dazu muss ich wieder

137 sagen, is och ne Sache wie äh ...sacht en Arzt vor dem Eingriff den An-
138 gehörigen bescheid und de Praxis, ich geh ja och in de Rehaklinik arbei-
139 ten, de Praxis is ganz einfach och, dass diese Arzt- Angehörigen- Gesprä-
140 che so laufen wenn wir ihr Frau oder Mann keine Magensonde legen ver-
141 hungert er ...
142 I: Mhm.
143 S: Und schon gerät mor in nen eignen Konflikt denk ich mir, egal was der-
144 jenige jetzt geschrieben hat. Wie gesagt ich hab's vor Jahrn hier live sel-
145 ber gehabt, dass die Frau das ni wollte. Sie hat's eigentlich schriftlich mit
146 ihrem Mann zusamm gemacht, sie is in den Zustand gekomm .. so un ihm
147 wurde damals nahe gelegt wenn wir ihrer Frau keene Tracheal=keen Luft-
148 röhrenschnitt machen, keene Trachealkanüle, erstickt se. Wenn mor kee-
149 ne Machensonde legen verhungert se.
150 I: Mhm.
151 S: Was machte denn bei deinem eignen Angehörigem? Willst dich ja och
152 ni schuldig fühlen, musst ja irgendwo mit deinem eignen Gewissen klar
153 kommen oder?
154 I: Mhm.
155 S: Stimmts?
156 I: Ja, das ist dann schwierig.
157 S: Nor. Ich jedenfalls möchte solche Sachen nicht, .. das weiß mein Kind
158 (lacht) (4).
159 I: Okay, da bedanke ich mich für Ihre Antworten.

1 **Interview vom 16.02.2012 im Wohnpark „Geibelhöhe“**

2

3 I: Interviewerin Susann

4 S: Interviewpartner

5

6 I: Wie viele Bewohner werden bei Ihnen künstlich ernährt?

7 S: Keiner.

8 I: Warum werden Bewohner künstlich ernährt? Welche Indikation besteht?

9 S: Also die massive Schluckstörungen, meistens durch ein Karzinom oder
10 äh wenn se eben ganz sehr abgebaut haben und von selbst nicht mehr
11 essen . ne, dass dann dor Arzt das verordnet, dass ne Magensonde ge-
12 legt wird, wenn se massiv an Gewicht verlieren ne

13 I: Was glauben Sie, warum alte Menschen die Nahrungsaufnahme ver-
14 weigern?

15 S: .. Entweder vergessen se zu essen, weil se wirklich ne dementielle Er-
16 krankung haben oder sie wollen von sich aus einfach nicht mehr ne.
17 Wenn se jetzt sehr hochbetagt sind dann dann, weiß ich och aus Erfah-
18 rung, dass sie dann auch nicht mehr essen wollen oder die die brauchen
19 dann och nicht mehr so viel zu essen. Aber da würde ich dann och ni ne
20 künstliche Ernährung anregen weil die das ja von sich aus entscheiden
21 könn (holt tief Luft), dass die das nicht mehr . brauchen machen ne.

22 I: Ja ja. Haben da die Bewohner eine Patientenverfügung?

23 S: Mhm meistens. Die meisten und da steht och, also bei ganz ganz vielen
24 steht drinne, dass se nicht künstlich ernährt werden möchten. Das wird
25 eigentlich immer=der Trend geht immer weiter dahin, dass se´s nicht
26 möchten (holt tief Luft). Vielleicht isses oh deswegen, ich war ja in der in
27 der Kurzzeitpflege, das is ja nu och schon wieder zehn Jahre bestimmt
28 her, da war das och noch mehr verbreitet. Jetzt eh viele diese Patienten-
29 verfügungen und schreiben direkt rein keine künstliche Ernährung, keine
30 Sonde ne.

31 I: Und die Ärzte tolerieren das dann immer so?

32 S: Mhm, müssen se ja . nor.

33 I: Wie stehen Sie persönlich zum Thema künstliche Ernährung? Was den-
34 ken Sie, was es bedeutet künstlich ernährt zu werden?

35 S: Also ja ich denke wenn wenn ne Besserung der Situation abzusehen
36 ist, dass das Krankheitsbild kurzfristig ist, vielleicht och nach nor Operation
37 oder so, da isses ganz ganz wichtig dass es sowas gibt. Aber wenn jetzt
38 jemand hochbetagt ist und sagt ich will nicht mehr dann sollte man das
39 och nicht machen. .. Nor also dann sollen se´s wirklich selber entscheiden,
40 deswegen raten wir och immer zu der Patientenverfügung. Ne, dass wirk-
41 lich genau drin steht was will ich, das soll jeder selber entscheiden kön-
42 nen.

43 I: Finden Sie, dass die Menschen jetzt eher über dieses Thema aufgeklärt
44 sind als vielleicht vor zehn Jahren, also auch die Angehörigen?

45 S: Ich denke ja, ich hab das Gefühl dass die mehr aufgeklärt sind

46 I: Würden Sie selbst künstlich ernährt werden wollen?

47 S: Ja also wenn´s in meinem Alter jetzt notwendig wäre, wie gesagt auf-
48 grund einer Erkrankung, und ich jetzt kurzfristig nicht selber essen könnte
49 dann isses ja ganz ganz wichtig ne. Aber .. na kann ich schlecht beantwor-
50 ten, wenn ich jetzt totsterbenskrank wäre dann vielleicht oh ni mehr ... ich
51 denk mal ja. Ja (lacht).

52 I: Also auch wenn Sie jetzt achtzig wären?

53 S: Ja na das is ja das is ja hier keen Alter. Heutzutage ist das ja wirklich
54 kein Alter mehr. Ich red jetzt wirklich von Hochbetagten die weit über
55 neunzig sind Also die Achtzigjährigen heutzutage noch die sind noch
56 richtig fit. Also wir haben jetzt Achtzigjährige die machen noch ne Kreuz-
57 fahrt, also also die sind achtundachtzig die drei Damen. Es ist ja, das kann
58 man nicht mehr so mit Früher vergleichen (4) mhm.

59 I: Okay, dann danke ich Ihnen für Ihre Zeit und für Ihre Antworten.

1 **Interview vom 17.02.2012 im Altenpflegeheim „Am Goetheplatz“**

2

3 I: Interviewerin Susann

4 S: Interviewpartner

5

6 I: Wie viele Bewohner werden bei Ihnen künstlich ernährt?

7 S: Bei uns sind's dreizehn.

8 I: Und wie viele Bewohner haben Sie?

9 S: Einhundertfünfundsiebzig.

10 I: Warum werden Bewohner künstlich ernährt? Welche Indikation besteht?

11 S: Es sind überwiegend Bewohner äh nach Apoplex, also nach Schlagan-
12 fall, wo der Schluckreflex nicht mehr vorhanden ist beziehungsweise sind
13 es drei dabei die aufgrund von Demenz aufgehört haben zu essen und
14 sich die Angehörigen dazu entschlossen haben ne PEG- Sonde legen zu
15 lassen.

16 I: Und da gab es dann eine Patientenverfügung?

17 S: Nein, da gab es keine Patientenverfügung dazu und da müssen's dann
18 die Angehörigen entscheiden, denn wenn es eine Patientenverfügung ge-
19 geben hätte äh wären es vielleicht keine . PEG- Sonden geworden .. .

20 I: Was glauben Sie, warum alte Menschen die Nahrungsaufnahme ver-
21 weigern?

22 S: Es is also zu neunundneunzig Prozent isses der natürliche Prozess der
23 Einstellung des Lebens. Es ist ganz einfach so, dass der Körper des Men-
24 schen so ausgestattet ist, dass wenn seine Endzeit beginnt, seine Sterbe-
25 phase eingeleitet wird, er zuerst aufhört zu essen, das ist also ein ganz
26 natürlicher Prozess. Äh . da aber das Sterben allgemein in unsrer Gesell-
27 schaft halt ni so als das Thema gesehen wird, viele davor Angst haben
28 und dann ehm .. diesen dieses Einstellen als Gefahr betrachten statt als
29 Einleitung des Sterbeprozesses .. .

30 I: Wie stehen Sie persönlich zum Thema künstliche Ernährung? Was
31 glauben Sie, was es bedeutet künstlich ernährt zu werden?

32 S: Ähm das Problem ist, dass wenn sie oder wenn ich als ausgebildete
33 Pflegefachkraft beantworte zu viele medizinische Hintergründe habe um
34 zu wissen (holt tief Luft), dass ich das für mich nie haben möchte weil's für

35 mich ein hinausgezögertes sterben ist (4), in den überwiegenden Teilen.
36 Es gibt sicherlich Diagnosen, grad wenn man nen Schlaganfall hatte und
37 dort nur der Schluckreflex beeinträchtigt wurde oder überwiegend, dass
38 man sagt okay, das Gesamtpaket steht noch aber es geht oder uns geht's
39 darum halt och den Leuten die das Alter haben, die die Diagnosen haben,
40 oder halt och unsere Demenzerkrankten wo das ein natürlicher Prozess
41 ist, diesen natürlichen Prozess zu unterbinden. Ich möcht es für mich
42 nicht. Ich hab ne Patientenverfügung und äh ich stell es mir ni unbedingt
43 sehr schön vor wenn mir dann jeden Tag, was ja erforderlich ist, ne
44 Mundpflege durchgeführt wird mit herrlichen Geschmacksrichtungen und
45 ich zwar diesen Geschmack wahrnehmen kann aber diesen Schluckakt
46 nicht mehr habe und im Endeffekt aufgrund dessen, dass ja die Nahrung
47 meistens den ganzen Tag läuft, auch kein Sättigungsgefühl mehr verspü-
48 ren kann.

49 I: Mhm ... und finden Sie das die Leute jetzt eher aufgeklärt sind als vor
50 zehn Jahren? Also auch die Angehörigen?

51 S: Es beginnt. Es beginnt, es hat damit schon begonnen das äh .. die
52 ganze Sache, was Patientenverfügungen, etwas vereinfacht wurde. Es gilt
53 ja heutzutage och der mutmaßliche Wille des Betroffenen, sodass gerade
54 bei Angehörigen, die schon längere Zeit ihre Bewohner bei uns haben,
55 häufig och das Gespräch dann kommt, an nem gewissen Punkt zu uns
56 kommt und sagt was würden sie und wir dann häufig in Bezugsperson für
57 den Betroffenen waren und schon teilweise wissen das wollte er oder das
58 wollte er nicht aber er war nicht mehr in der Lage ne Patientenverfügung
59 zu machen. Es ist erstaunlich in letzter Zeit äh sind die Bewohner die ein-
60 ziehen besser aufgeklärt, oh von den Hausärzten her besser aufgeklärt
61 und sehr sehr viele, also es ist fast jetzte das mor sagen können zwo Drit-
62 tel, bringt Patientenverfügungen mit. Das ist äh für uns natürlich viel viel
63 erleichternd .. ,in der Arbeit dann.

64 I: Und von den Ärzten wird das dann auch alles so akzeptiert?

65 S: Patientenverfügungen müssen akzeptiert werden also das ist ja gesetz-
66 lich . gefordert, wird och schon. Wir haben och schon Patienten gehabt die
67 in der Klinik, wo die Angehörigen in der Klinik dann darüber aufgeklärt
68 worden, dass ja ihre Leute verhungern, die dann ne Sonde gelegt be-

69 komm ham und wir, wo wir dann nach Jahr dann gesagt haben Leute
70 das is nur hinauszögern wo dann gemeinsam mit den Angehörigen, mit
71 dem Hausarzt aber och mit dem Gerichten beschlossen wurde die Ernäh-
72 rung dann einzustellen. Es is ja dann so, dass nur die Ernährung einge-
73 stellt wird, die Flüssigkeitsgabe ja weiter erfolgt aber dann im Endeffekt in
74 natürlicher Prozess eingeleitet werden kann. Der dann trotzdem über ein,
75 zwei Monate noch gehen kann, ohne dass der Bewohner Nahrung zu sich
76 nimmt. Aber alleine durch die Flüssigkeitsgabe und Mineraliengabe äh
77 dass se noch sehr lange aufrechterhalten werden kann.

78 I: Wie geht man denn jetzt persönlich damit um, wenn jetzt jemand sagt
79 ich will jetzt nicht mehr essen?

80 S: Das ist sehr differenziert zu betrachten und das is grad och für alle
81 Pflegekräfte, die damit zu tun haben, immer ein schwieriger Prozess, ab-
82 zuwägen isses jetzt jemand der das versteht was dann passiert oder isses
83 im Rahm nor Demenz. Is die Demenz schon so weit fortgeschritten, dass
84 er jetzt aufhört zu essen weil er einfach die Fähigkeit nicht mehr besitzt
85 seine Handlungen so zu koordinieren und zu sagen wenn ich das nehm
86 ess ich es. Muss ich dort mit nem Essen reichen anfang, isses in Verstän-
87 digungsproblem im Rahmen der Demenz, dass er nicht mehr weiß was er
88 mit der Nahrung im Mund machen soll, dann muss man überlegen ob man
89 über logopädische Übungen diesen Schluckreflex auslösen kann, den
90 kann man ja auch von außen auslösen. Aber sobald der Bewohner an-
91 fängt das Essen auszuspucken, dass er das überhaupt ni mehr mag, dann
92 muss mit den Angehörigen und dem Hausarzt gesprochen werden, die
93 weitere Verfahrensweise. Und dort ist dann individuell abzuwägen und zu
94 gucken isses soweit, dass mor sagen müssen okay wir akzeptieren das,
95 wir gehen auf Flüssigkeitsgabe und Mundpflege über oder isses so dass
96 mor mit dem Arzt eventuell um die Entscheidung treffen sollte ne PEG
97 oder wenigstens vorübergehend mal ne Nasensonde oder nen anderen
98 venösen Zugang zu legen, um dort Flüssigkeit und Nahrung . aufnehm
99 lassen zu könn .. Aber das is jeder Fall individuell zu betrachten und es is
100 grade in unsrer Aufgabe och dann häufig die Beratung zu übernehmen,
101 weil die Ärzte dazu einfach gar keene Zeit ham. Die Ärzte könn das tech-
102 nisch erklären wie das von statten geht und was das für Folgen hat aber

103 die eigentlichen pflegerischen Maßnahmen, die dann erforderlich sind,
104 was das für nen Einschnitt bedeutet, das übernimmt im größten Teil die
105 Pflegeeinrichtung und die jeweilige Bezugspflegekraft.

106 I: Ja.

107 S: Die kennt ihre Angehörigen, die kennt ihre Betreuer. Da isses ja immer
108 noch ganz anders. In Betreuer darf ja solche Sachen gar ni entscheiden
109 wenn er dazu ni die Genehmigung des Gerichtes hat aber wenn Angehö-
110 rige da sind über Vorsorgevollmachten dann is das für uns äh leichter zu
111 arbeiten . .

112 I: Und sind Sie da auch, also Sie müssen ja alles dokumentieren,

113 S: Ja.

114 I: rechtlich gut abgesichert wenn da einfach steht Patient möchte nicht es-
115 sen?

116 S: Nee.

117 Also wir ham jetzt erst wieder ne MDK- Prüfung gehabt wo mor in Bewoh-
118 ner hatten wo dies mit drin stand oder besser gesagt wo die Thematik be-
119 stand. Äh wichtig ist, dass dort Beratungsgespräche dokumentiert werden
120 mit den Angehörigen, mit dem Arzt und dass Arzt auf alle Fälle die Doku-
121 mentation übernimmt. Also alleine unser Eintrag, Patient möchte nicht
122 mehr essen und Nahrung wird eingestellt oder so, bei weitem nicht. Es
123 muss wirklich dieses Dreier- Team im Team sein und das sin dann teilwei-
124 se och die Gespräche die dann die PDL oder der jeweilige Wohnbereichs-
125 leiter übernehmen muss und diese Gespräche müssen dokumentiert wer-
126 den

127 I: Okay. Meine letzte Frage haben Sie mir ja schon beantwortet, ob Sie
128 selber künstlich ernährt werden möchten.

129 S: Nein, nein bitte nicht. Ich hab och äh das
130 aus eigener Erfahrung, ich habe meinen Vater zu Hause gepflegt, ä drei-
131 viertel Jahr, äh der immer gesagt hat er möchte das nicht und äh es wär
132 für ihn oh bloß ein hinauszögern gewesen. Also ich kenn das oh selbst
133 und ich hab mittlerweile oh meine Mutter, die is jetze vierundachtzig, die
134 hat jetzt och noch ne Patientenverfügung gemacht. Die is noch geistig
135 klar, die hat genau gesagt was sie möchte und ich kann nur jeden raten,
136 der noch in der Lage dazu is, ne Patientenverfügung zu sich für sich zu

137 machen. Und das sin manchmal oh so Gespräche, wenn jemand neu ein-
138 zieht, und mor kriegt mit mh der weeiß noch um was es geht, der kann
139 noch so dass mor dann halt die Angehörigen, das is in heikles Thema weil
140 mir reden dort über Tod und Sterben und die Leute sind doch grade erst
141 eingezogen, die soll'n doch hier noch zwansch Jahre leben, nor dass man
142 dann einfach mal miteinander spricht. Es gibt och andere Fälle wo wir
143 dann ne PEG befürworten. Wir ham jemanden offgenomm der äh äh
144 schon ne frühkindliche Hirnschädigung hatte, dann in Hydrozephalus nach
145 interna, also in Wasserkopf nach innen, entwickelt hat, damit äh Teile des
146 Gehirns abgestorben sind. Das ist alles rückläufig gewesen, der is aus der
147 Palliativstation gekomm und hat gesagt bekomme der soll noch fünfhundert
148 Milliliter Flüssigkeit am Tag zu sich nehmen. Der hat sich innerhalb von
149 knapp zwo Monaten soweit entwickelt, dass der Schluckreflex ausgebildet
150 ist, dass er wieder Kontakt aufnehmen konnte. Wo wir jetzt auf dem
151 Standpunkt stehen also mindestens ne erst mal ne Nasensonde legen,
152 dass wir wieder Nahrungsaufbau off .. anfang könn. Logopädieübungen
153 dahingehend, dass er jetzt sogar schon wieder ne glatte Breikost schluck-
154 en kann über ne externe Anregung des Schluckreflexes, wo wir dann
155 sagen es wird ni ausreichen was er ofnimmt aber der Wille is da zu leben,
156 also er hört ni auf zu essen. . Nor er will wieder also is für ihn definitiv ne
157 PEG- Sonde ne Alternative.

158 I: Ja.

159 S: Nor oder sie ham nen Bewohner der äh äh ne Ca- Erkrankung im Be-
160 reich der ehm Speiseröhre oder sowas hat dann is das natürlich auf alle
161 Fälle ne Alternative. Es geht, wir sind einfach nur dagegen dass man bei
162 bestimmten Diagnosen, und vor allen Dingen bei Demenz, so lapidar sagt
163 sonst verhungern die Leute und das machen nu mal die Ärzte in den
164 Krankenhäusern. Wir müssen hier was machen sonst verhungern se und
165 dass mor dort diesen Sterbeprozess abbricht . .

166 I: Mhm. Mit bestimmte Diagnosen meinen Sie jetzt eben ()

167 S: grade Demenz nor,
168 grade mit Demenz oder halt in nem gewissen Alter. Ä Mann der mit neun-
169 zig aufhört zu essen .. hat das vielleicht für sich beschlossen. Das is .. je-
170 der der in . im ambulanten Bereich alleine wohnt . nu hat die Möglichkeit

171 sich irgendwann zu sagen ich hör jetzt auf mit essen. Lassen se dort kee-
172 ne Angehörigen da sein die regelmäßig komm, die kriegen das erst mit
173 wenn's zu spät is. Das Problem ist aber Stationär. Wir sind verpflichtet
174 Ernährungsmanagement zu machen, wir müssen Flüssigkeitsmanage-
175 ment machen, wir müssen ja alles nachweisen. Und unser Anliegen is ja
176 Gefährn erkenn und geeignete Maßnahmen einleiten und diese geeigne-
177 ten Maßnahmen könn ganz vielschichtig sein. Und wenn jemand für sich
178 sagt, ich ess jetzt nichts mehr, das is dass einzigste was se dann für sich
179 bewusst entscheiden könn, ich ess jetzt nichts mehr dann sterbe ich. Gu-
180 cken se sich die Völker in der dritten Welt an. Is zehnte Mal gehn die dann
181 einfach aus ihrem Volk einfach weg, aus ihrem Dorf, hörn off zu essen,
182 ernährn sich von irgendwelchen Waldfrüchten vielleicht noch paar Tage
183 und das war's. Das is aber in Nachteil unsrer zivilisierten Gesellschaft, wir
184 könn mit dem Tod ni umgehn.

185 I: Mhm.

186 S: Tod is für uns keen Thema. Und enterale Ernährung is nu mal ne Ver-
187 zögerung des natürlichen Prozesses Tja, das werden wir och ne lösen
188 könn ... das is vielschichtig (4).

189 I: Okay, da bedanke ich mir für Ihre Zeit und Ihre Antworten.

1 **Interview vom 07.03.2012 im AWO- Pflegeheim „Marie- Juchacz-**
2 **Haus“**

3

4 I: Interviewerin Susann

5 S: Interviewpartner

6

7 I: Wie viele Bewohner werden bei Ihnen künstlich ernährt?

8 S: Also in unsrer Einrichtung sind's zur Zeit=isses eine Bewohnerin die
9 künstlich ernährt wird. Das wechselt immer mal, ähm es gab also och
10 schon Zeiten wo's zwo oder drei Bewohnern warn. Ähm momentan haben
11 wir eine Bewohnerin die künstlich ernährt wird.

12 I: Und wie viele Bewohner haben Sie insgesamt?

13 S: Wir ham also insgesamt in unsrem Haus fünfundneunzig äh vollstatio-
14 näre Bewohner und ähm dann bieten wir noch mal für zwölf Bewohner
15 Kurzzeitpflegeplätze an, die sind natürlich ni immer belegt. Äh (räuspert)
16 und äh och im Kurzzeitpflegebereich passiert's natürlich ganz ganz selten
17 dass dort ne künstliche Ernährung ähm .. kommt.

18 I: Warum werden Bewohner künstlich ernährt? Welche Indikation besteht?

19 S: Also das hat ganz verschiedene Ursachen ähm es gibt natürlich die
20 die Gründe wo och wirklich enne Indikation einfach wirklich vorliegt, weil
21 die Schluckstörung einfach da sind oder der Schluckreflex äh vollkom ehm
22 ... also nicht mehr vorhanden ist. Ähm und es gibt natürlich och die Fälle,
23 wo man durchaus noch ähm enne enterale Ernährung also ähhh
24 durchführn könnte aber wo die Entscheidung durch die Angehörigen, och
25 in Zusammenarbeit mit den Ärzten oder mit den Kliniken, einfach so ent-
26 schieden worden is doch enne parenterale Ernährung zu machen. Das is
27 in manchen Fällen ni immer eindeutig ehm gegeben, dass es unbedingt
28 sein muss. Und dort ham wir allerdings weniger Mitspracherecht un un
29 oder Einflussmöglichkeit. Ähm es is zunehmend och so, dass wir die Be-
30 wohner vorher nicht kenn, die also durch enne Verschlechterung ihres
31 Krankheitszustandes in ne Klinik komm und dann über die Kurzzeitpflege
32 dann in unsren Bereich einfach komm. Also das heißt die also schon mit
33 enner ähm mit enner Sondenernährung einfach zu uns komm. Es ist
34 seltner der Fall, dass die Bewohner längere Zeit bei uns sind und sich der

35 Zustand dann so verschlechtert dass och wir mit den Angehörigen dann
36 einfach über äh andre Ernährungsmöglichkeiten nachdenken. ... Das pas-
37 siert seltner aber ähh es passiert eben och.

38 I: Aber wenn die jetzt so eine Sonde haben dann weil sie körperliche Be-
39 schwerden haben oder gibt es da auch andere Gründe?

40 S: Also es gibt da ja die Demenz, dort wo=also es gibt ja verschieden Ur-
41 sachen von Schlickstörungen ähm zum Beispiel kann das passieren bei
42 einem Apoplex, also bei einem Schlaganfall, zu Schluckstörungen kommt
43 oder äh dass einfach auf=der Schluckreflex äh sich stark verschlechtert.
44 Das heißt, dass ähm enne sehr starke Aspirationsgefahr da ist äh sobald
45 ehm ne orale Ernährung erfolgt ... aber ne häufig natürlich och enne vor-
46 liegende Demenz. Na wo also kognitiv äh dort gar kenne Möglichkeit mehr
47 ist dort den Schluckreflex zu aktiviern. .. Nor und wo also och dann die
48 Gefahr besteht, dass ehm enne Mangelernährung, dann übern gewissen
49 Zeitraum dann es zu nor Mangelernährung einfach kommt. ...

50 I: Was glauben Sie, warum alte Menschen die Nahrungsaufnahme ver-
51 weigern?

52 S: ... Ähm .. das hat (hustet) meines Erachtens nach ganz verschiedene
53 Ursachen. Ähm .. es kann einfach sein, dass es ähm aufgrund von Er-
54 krankungen, ähm zum Beispiel ähm Tumorerkrankungen sind ja typisch
55 ähm, dass dort einfach der Appetit nicht mehr da is, es kann mit Medika-
56 menten zusammenhängen. Es gibt also Nebenwirkungen von Medikamen-
57 ten die einfach die Appetit=den Appetit einschränken. Das können durch-
58 aus auch Ängste sein, dass ähm Nahrung ähm verweigert wird, ähm
59 Schmerzen im Mund- Rachen- Raum die bei dementen Bewohnern gar ni
60 so geäußert werden könn. Die könn ja ni gezielt sagen ich hab Zahn-
61 schmerzen oder mir tut´s beim schlucken weh=och das kann enne Ursa-
62 che sein dass der Schluckreflex eingeschränkt ist, äh dass Schmerzen
63 vorliegen die für die betreuten Personen, also für´s Pflegepersonal oder
64 Angehörigen, schwer auszumachen sind weil die die verbale Äußerung
65 einfach ni so gezielt kommt . ne (holt tief Luft) äh hm ja also . da gibt's also
66 halt verschiedne Ursachen. Es kann also, wie gesagt schon, aufgrund von
67 Diagnosen sein, dass dort der Schluckreflex einfach eingeschränkt ist=und
68 dann isses natürlich ein ganz natürlicher Abbauprozess. Also Menschen

69 die einfach so in die letzte Phase ihres Lebens gehen, dort is es also och
70 ganz typisch, dass ähm Appetit und Durstgefühl un un einfach och einge-
71 schränkt wird, weil der Körper ganz normal hm zurückfährt.

72 I: Also dass die Menschen dann sagen ich gehe jetzt in meine letzte Pha-
73 se und

74 S: Ja nor genau und dass das is also häufig ne, wenn man merkt
75 dass äh, man kann oh ni absehn wann passiert, zum Beispiel dass je-
76 mand verstirbt, aber das is in der letzten Phase so, dass doch äh häufig
77 dazu kommt dass also äh Nahrung verweigert wird. Also zusammenpres-
78 sen der Lippen .. nor richtig nor, die's also verbal nicht äußern aber non-
79 verbal durch zusammenpressen der Lippen (holt tief Luft). Ähm und oder
80 das behalten von von Speisen im Mund ne wo mor also dann och anzei-
81 gen ich will eigentlich gar nichts. Die Frage is natürlich immer was empfin-
82 den äh äh äh Bewohner oder Betroffenen selbst (hustet). Ham die mögli-
83 cherweise weniger in Problem damit als Pflegekräfte oder als Angehörige,
84 denen natürlich och im Hintergrund so is wir müssen jetzt unsere Leute
85 verhungern lassen . oder verdursten lassen. Also es gibt durchaus och
86 wissenschaftliche Untersuchungen die sagen das ist ein ganz normaler
87 biologischer Prozess, es besteht dort überhaupt gar keen Gefühl, dass
88 ehm äh Bewohner dort verhungern. Eher das Durstgefühl, das Durstgefühl
89 das is eher da . nor weil man also immer sagen muss solange oral nichts
90 zu sich genommen wurde dann sind och einfach Komplikationen dann da
91 ne. Ähm also wenn die Mundhöhle zum Beispiel austrocknet, also da sind
92 natürlich dann entsprechende Pflegemaßnahmen ganz wichtig.

93 I: Wie geht man denn jetzt damit um wenn jemand sagt ich will jetzt nicht
94 mehr oder wenn die Lippen zusammengepresst werden? Sie müssen das
95 ja auch alles dokumentieren,

96 S: Genau, is muss dokumentiert werden=also (räuspert) es is natürlich
97 och immer so ein Lernprozess. Och immer wieder neu, muss mor ganz
98 individuell sehn, ähm und och in Prozess des akzeptierns, dass in Mensch
99 einfach ni will und mhhh wenn ich mich selber in diese Lage versetzen
100 würde, wenn ich in so einer Situation wäre, äh wöllte ich dann irgendwo
101 gezwungen werden dort noch was zu mir zu nehmen. Es is natürlich ..
102 immer enne Gradwanderung zwischen dem akzeptieren und es muss gut

103 dokumentiert sein, es muss gut nachgewiesen werden, dass . (hustet)
104 man sich mit dem Thema, mit dem Bewohner oh gut auseinandergesetzt
105 hat.

106 I: Reicht das dann aus, also rechtlich gesehen, wenn das nur das Pflege-
107 personal dokumentiert oder muss das dann och dor Arzt

108 S: Ja, also das
109 das muss auf jeden Fall muss dor Arzt zu Rate gezogen werden weil es ja
110 och immer wiederum darum geht zu schaun was sind denn die Ursachen
111 dafür. Könnte es vielleicht oh wirklich sein dass Medikamente oder so
112 Schmerzmedikamente, ich denke grad an ähm ähm Betäubungsmittel-
113 pflaster äh Transtec oder was es da so gibt, äh die ham natürlich als Ne-
114 benwirkung schon och in Übelkeitsgefühl, . Schwindel, Übelkeitsgefühl
115 und in Mensch der immer so in flaes Gefühl in dor Magengegend hat äh
116 der wird natürlich oh keen großen Appetit ham. ... Nor also das könnten
117 schon eben och Ursachen Medikamente sein oder Diagnosen, wenn's
118 sehr plötzlich is, müsste man och vielleicht dran denken ob da irgendwo ..
119 im äh im äh Magen- Darm- Trakt irgend vielleicht doch äh irgendwas vor-
120 liegt. Also Gewichtsabnahme, also Gewichtskontrolln werden ja regelmä-
121 ßig durchgeführt und bei äh augenscheinlicher Gewichtsabnahme isses
122 natürlich schon wichtig einfach mal nachzuforschen warum issen das so.
123 Nor also .. enne enne parenterale Ernährung die macht man ja, is ja ni nur
124 ein Thema für alte Menschen, so eine parenterale Ernährung, ob nu durch
125 Sonde oder durch Port, ähm kann ja durchaus och notwendig sein weil in
126 Energiebedarf äh äh sehr sehr hoch is, zum Beispiel eben bei Tumorpati-
127 enten. Ähm kann also durchaus sein, dass in Patient ganz normal isst, ..
128 och von der Menge her, Kalorienzufuhr aber trotzdem ne Gewichtsab-
129 nahme da is. Da muss mor einfach dran denken, dass vielleicht hier im
130 Körper irgendwo Prozesse gibt die also wirklich in erhöhten Kalorienbedarf
131 mit sich bring. Es is och bei Dementen ähm Bewohnern häufig so, die also
132 zwar kognitive Einschränkungen haben aber sehr mobil sind, die also viel
133 laufen .. nor äh und die natürlich dadurch och in erhöhten Kalorienbedarf
134 einfach haben . .

135 I: Würden Sie jetzt sagen, dass man jetzt ab einem bestimmten Alter oder
136 wenn die jetzt in einem fortgeschrittenem Stadium von Krebs sind, einen
137 Tumor haben, dass man das mit der künstlichen Ernährung dann lässt?
138 S: Hm also die Entscheidungen sind immer von Fall zu Fall zu machen.
139 Ähm . ich . da würde ich och ni sagen ab nem bestimmten Alter man
140 lässt's oder ab nem bestimmten Alter rät man dazu, man muss wirklich
141 den Fall immer sehn. Ähm .. es gibt sicherlich och Indikationen wo das
142 angebracht ist (hustet) .. ähm (4) aber in in Fällen wo also der Bewohner
143 schon deutlich äußert, ob verbal oder nonverbal, dass ähm ene keen Le-
144benswille mehr da ist dann hab ich schon meine Zweifel dran weil es is
145 schon eindeutig enne lebensverlängernde Maßnahme. Ob das jetzt medi-
146zinisch so deklariert wird weiß ich nicht, nor gibt's eindeutig lebensverlän-
147gernde Maßnahmen. Ja aber von meinen Erfahrungen her ähm verlängert
148 es schon das das Leben und manchmal schon och das Leiden
149 I: Sind die Bewohner dann hier mit einer Patientenversicherung abgesi-
150 chert oder ist das jetzt hier nicht so verbreitet?
151 S: Doch, die ham schon Patientenverfügungen mh aber . die Erfahrungen
152 sind einfach so, dass trotzdem, grad wenn ne Demenz vorliegt, die Ange-
153hörigen trotzdem ja entscheiden müssen ähm (4) was was äh nu gemacht
154 wird. Ähm ich muss dazu sagen ähm das wird in den Medien häufig falsch
155 dargestellt, . ähm mit dieser Sondenernährung. Also ich hab dort schon,
156 nicht nur einmal sondern häufiger, schon gelesen dass also so ne
157 Sondenernährung is ne Arbeitserleichterung fürs Pflegepersonal. Äh und
158 die machen das äh damit dieser lange Prozess des Essens reichen, näm-
159lich zu warten bis geschluckt worden is und so, damit das verkürzt wird.
160 Das is'n Zeitfaktor, das is schon richtig .. aber ähm in Pflegeheimen, wo
161 die Mitarbeiter im Pflegeheim, egal wer das dort is, ob dass ich das als
162 Heimleiter bin oder die Pflegedienstleitung ähm wir ham überhaupt gar
163 keen Einfluss äh of ne Entscheidung ob ne Sonde gelegt wird. Es werden
164 och im Pflegeheim keene Sonden gelegt, sondern die Entscheidung trifft
165 immer der Arzt. Ähm . eigentlich och der der im Krankenhaus dann den
166 operativen Eingriff vornimmt mh und der Hausarzt natürlich mit und die
167 Angehörigen. Äh also mir is ni bekannt, dass im Pflegeheim gesagt legen
168 se mal äh oder unterschreiben se mal und lasse mal ne Sonde legen weil

169 das dauert mit dem Essen reichen zu lange (hustet). Äh es is eher so, ..
170 ähm dass seitens der Pflegekräfte wirklich, die Angehörigen natürlich fra-
171 gen die um Rat, das is ganz klar, aber es is eher so äh das äh ... wir dort
172 ähm (4) ähm den Angehörigen eher zu bedenken geben und och die die
173 Dinge in in ähm ähm ... mit zu Felde führn und sagen also es is schon
174 länger=lebensverlängernd also man muss natürlich dann och schaun in de
175 Zukunft. Welche Fähigkeiten hat denn der Bewohner noch? Es is ne Be-
176 wegungseinschränkung auf jeden Fall da, weil ja immer noch ne .. Pumpe
177 mit dazugehört un un das is nor so. Das das is schon mit dabei und ähm
178 und unsre Erfahrung sprechen natürlich och dafür, dass mor das gut über-
179 legen sollte. Es is eher so, dass die Angehörigen ähm komm und dann
180 sagen naja im Krankenhaus da hat man gesagt wir solln ne Sonde legen
181 lassen, ähm mit dem Hinweis wollen sie denn ihre Angehörige verhungern
182 lassen. Äh und das finde ich ne schlechte Beratung, muss ich sagen nor.
183 Entscheiden müssen's die Angehörigen. Auf jeden Fall isses nicht so,
184 dass wir immer zuraten damit ne Zeitersparnis da ist. Weil natürlich durch
185 so ne Sondennahrung mh, grade im bestimmten Alter, die Lebensqualität
186 eingeschränkt ist. Mhm

187 I: Sie haben gesagt, dass die Angehörigen dann auch mit entscheiden. Ist
188 es schon einmal vorgekommen, dass ein Bewohner in seiner Patienten-
189 verfügung festgehalten hat, dass er sowas nicht möchte und dann trotz-
190 dem eine Nahrungssonde bekommen hat weil die Angehörigen das so
191 wollten?

192 S: Nee das das nee also das is mir so ni bekannt. Also das würd ich also
193 das kann ich jetzt och nicht bejahn. Nö nö dass dass=dass solche Patien-
194 tenverfügungen ähm ähm favorisiert werden das is ähm bei unsren Be-
195 wohnern .. zwar och schon der Fall aber noch seltner das das is wahr-
196 scheinlich och erst im komm weil's ja och gesetzlich geregelt worden is,
197 och dor Stellenwert enner Patientenverfügung. Ich denke, dass das och
198 eher ne Zukunftsmusik ist.

199 I: Hm.

200 S: Nor, och welchen Stellenwert und ähm ... hat ne Patientenverfügung,
201 wie muss se och anerkannt werden und welche Folgen ergeben sich da-
202 raus wenn ähm ne Pam=Patientenverfügung oder gegen den Willen des

203 Patienten äh gehandelt wird. Das ist bei uns noch nicht so sehr das The-
 204 ma.

205 I: Aber finden sie, dass die Leute jetzt schon aufgeklärter sind als zum
 206 Beispiel vor zehn Jahren?

207 S: Ja, denke ich auf jeden Fall. Ja ja, das auf jeden Fall. .. Nor.

208 I: Wie stehen Sie persönlich zum Thema künstliche Ernährung? Was
 209 glauben Sie was es bedeutet künstlich ernährt zu werden?

210 S: Naja, das is ne gute Frage ... (holt tief Luft) ähm (5) aus heutiger Sicht
 211 würde ich sagen, dass ich wenn ich also hochaltrig bin, wir sprechen also
 212 hier von unsren Bewohnern und un wenn ich das also selber wäre von
 213 achtzig Jahren ...nor ähm bis über die Hundert, dann muss ich einfach
 214 sagen wöllte ich das für mich nicht. Wenn allerdings äh ... enne enne Er-
 215 krankung, die heilbar is und och enne .. vielleicht durch ´n Unfallgeschehen
 216 irgendwo enne enne Wiederherstellung des Gesundheitszustandes ähm
 217 schon angestrebt werden könn=kann, dann würde ich das schon für gut
 218 finden. Wenn das vorübergehend ... gemacht werden könnte aber als
 219 Dauerlösung (4) ähm isses schon problematisch, ähm würd ich´s nicht
 220 unbedingt wollen. Ähm es gibt möglicherweise och die die die, also es gibt
 221 och die Möglichkeit, dass man diese parenterale Ernährung als Ergänzung
 222 zur oralen Ernährung gibt aber es wird ja da keen Geschmackssinn und
 223 nix angeregt. Das ist dann eher wieder so ne prophylaktische Maßnahme
 224 äh gegen Parotitis, äh also Parotitisprophylaxe, dass man trotzdem gewis-
 225 se Geschmacks- ähm ... reize setzt ähm im Mund- Rachen- Raum, die
 226 aber nicht der Ernährung dienen sondern die wirklich ähm ähm (5) ja dem
 227 Wohlbefinden dem dem ja des Bewohners, dass der das einfach mal
 228 schmeckt. Süß, sauer, mal Honig oder so. Da gefährdet mor natürlich och
 229 niemanden ... nor oder mal den Geschmack von Kaffee oder so nor. Aber
 230 .. ähm ich könnte mir schon vorstellen das is ne völlig andere Lebensquali-
 231 tät und wenn´s zu einer Wiederheil=also wenn´s ne Aussicht auf Heilung
 232 oder auf Besserung des Gesundheitszustandes besteht dann würde ich
 233 das schon bejahen. Aber ich hab was=also ich würde auf jeden Fall keine
 234 Pauschalisierung, nor dass man sagt ab nem bestimmten Alter ja oder
 235 nein, das nicht sondern immer de Einzelfallentscheidung.

236 I: Hm.

237 S: Nor.

238 I: Und die letztes Frage haben Sie mir ja eigentlich schon ein Stück weit
 239 beantwortet. Würden Sie selbst künstlich ernährt werden wollen?

240 S: Ja also wie gesagt, es kommt immer auf die Situation drauf an. Es
 241 kommt immer drauf an nor, wenn ich also noch relativ jung bin und ähm
 242 und ich hab vielleicht nen Unfall oder es es is mal notwendig oder ein ope-
 243 rativer Eingriff, wo eine orale Ernährung nicht möglich ist, dann ja ... ,
 244 wenn die Aussicht besteht, dass se später wieder möglich ist. Nor ähm ..
 245 aber selbst (4) wenn´s soweit wäre dann ... würde ich sicher och neu ent-
 246 scheiden. Deswegen is für mich och immer ne Frage is so ne Patienten-
 247 verfügung, die is sicher sinnvoll, ähm aber wenn ich die in nem Zeitpunkt
 248 schreibe wo mir´s gut geht und wo ich sage ähm, unbedacht och manch-
 249 mal sage, also das wöllte ich nicht dann kann natürlich die Situation äh ne
 250 völlig andere sein wenn ich plötzlich betroffen bin ähm und dann kann´s
 251 mir vielleicht sogar passieren dass ich das bereue was ich da geschrieben
 252 habe, nämlich kenne verlängernden Maßnahmen. Wenn ich in so ner Si-
 253 tuation bin und mich nicht mehr äußern kann und plötzlich vielleicht die
 254 Einsicht gewinne „Naja, ich wär jetzt froh wenn man mir doch ne lebens-
 255 verlängernde Maßnahme machen kann“. Jetzt hab ich so ne blöde Patien-
 256 tenverfügung geschrieben und plötzlich hab ich ne ganz andere Sichtwei-
 257 se auf mein Leben, ich kann´s nur nicht mehr sagen und meine Angehöri-
 258 gen sagen der hat das so gewollt, bitte schalten se ab. Also deswegen ist
 259 das mit den Patientenverfügungen och so ne Sache.

260 I: Ja ja.

261 S: Finde ich. Man sollte die natürlich von Zeit zu Zeit sich wieder mal her-
 262 zuholen, weil mit zunehmendem Alter hat man andere Lebenseinsichten
 263 und och andere Lebensweisheiten und sieht manche Dinge anders. So ne
 264 Patientenverfügung, die mit zwanzig geschrieben wurde, wird mit vierzig
 265 oder fünfzig sicher ganz anders aussehen.

266 I: Hm.

267 S: Nor, deswegen ist es zumindest ratsam, wenn man sowas hat, doch
 268 immer wieder mal sich so´n so´n Schriftstück vorzulegen und zu überlegen
 269 ist das noch aktuell=will ich das noch so ... nor.

270 I: Hm. Können Sie mir vielleicht noch sagen, also mir wurde jetzt mal ge-
271 sagt, dass wenn einmal so eine Sonde liegt dann liegt die und dass diese
272 dann nicht mehr so einfach entfernt werden darf. Wenn jetzt aber ein jun-
273 ger Mensch zum Beispiel einen Unfall hat und das vorübergehend ist wa-
274 rum darf diese Sonde dann einfach wieder entfernt werden und bei einem
275 neunzig Jährigem ist das dann nicht so einfach möglich. Also wie hängt
276 das zusammen?

277 S: Also ich sag mal aus medizinischer Sicht kann die wieder entfernt wer-
278 den. Nor, das ist kein Problem. Wir hatten also schon vor vielen Jahren
279 eine Bewohnerin, die is mit nor Sonde gekomm, die war über achtzig, ob
280 se neunzig war weiß ich nicht mehr, dort konnte schrittweise wieder oral
281 Nahrung zugeführt werden und die Sonde ist dann entfernt worden.

282 I: Die ist entfernt worden?

283 S: Die wurde entfernt, das ist also medizinisch kein Problem. Allerdings
284 wird das wahrscheinlich darauf abzielen, dass man sagt, also es gibt na-
285 türlich gerade wenn enne Demenz vorliegt, das ist irreversibel nor, man
286 hat heute Medikamente das vielleicht n Stück offzuhalten oder hinauszü-
287 zögern aber Demenz is ne Krankheit die is eben ni heilbar. Und ähm inso-
288 fern wenn die Ursache, für enne parenterale Ernährung, die Diagnose
289 Demenz ist, dann isses naheliegend ähm dass so enne enne Sonde, äh
290 es macht ja keenen Sinn die wieder zu entfernen, weil der Zustand sich ja
291 nicht verbessert sondern eher verschlechtert ..nor.

292 I: Und wenn die Menschen jetzt auf die Sterbephase zugehen, wie wird
293 das denn dann gehandhabt?

294 S: Na, das ist natürlich ne ganz schwere Entscheidung. Weil sie natürlich
295 (hustet) wenn sie so ne Sonde liegen haben, jetzt plötzlich merken es
296 kommt die Sterbephase, dann ehm würden sie wenn sie die Sonde sagen
297 die soll, es is ja kenne Ernährung mehr über die Sonde ähm ähm erfolgen,
298 dann würden se aus meiner Sicht naja ne passive Sterbebegleitung schon
299 machen und (holt tief Luft) da denke ich wird es gesetzliche Schwierigkei-
300 ten geben, dort das so zu entscheiden. Das is ja dann immer so die Sache
301 .. ähm wenn die Sonde einmal liegt dann hat man mitunter och ein Prob-
302 lem.

303 I: Hm.

304 S: Nor, weil sie verlängert natürlich och das Leben und grade wenn ne
305 Sterbephase is verlängert sie och die Sterbephase. Das is wie mit nem
306 Herzschrittmacher, der macht das och. Und äh äh nur den kann mor nicht
307 so schnell ausschalten oder gar ne ausschalten aber ne Sonde kann man
308 sagen stellen mor ab oder nicht (4). Und is jetzt natürlich aus ethischer
309 Sicht die Frage „Wer entscheidet das?“ Da isses natürlich richtig, wenn die
310 einmal liegt dann liegt die. Und das muss mor sich halt vorher überlegen.
311 Klar ham mir och die Patientenverfügungen aber das kann man och in nor
312 Patientenverfügung natürlich gut niederschreiben, dass wenn so ne Ster-
313 bephase einfach .. ersichtlich ist, dass dann och wenn mor ernährt wird
314 aber och hier ist dann wieder die Frage „Wer legt denn jetzt plötzlich fest,
315 wenn derjenige sich selber nicht mehr äußern kann, der Betroffene selber,
316 wer legt denn fest ab wann die Phase losgeht?“ Das is ja och fließend,
317 das is ja ni eindeutig

318 I: Finden Sie, dass die Ärzte, die hier mit Ihnen zusammenarbeiten, kom-
319 petent sind was dieses Thema anbelangt?

320 S: Schon. Also äh das empfinde ich schon weil ähm wir och Hausärzte
321 ham die einfach och in den Beratungsgesprächen den Angehörigen ge-
322 nauso die Bedenken=also beide Seiten natürlich aufzeigen.

323 I: Ja.

324 S: Nor, beide Seiten aufzeigen und dann och sagen also is es nicht sinn-
325 voller den Menschen, der das och geäußert und och ne Verweigerungs-
326 haltung von Nahrung und och von Medikamenten kann ä Zeichen sein,
327 ähm da steckt ja immer was dahinter, da zu sagen ich will das eigentlich ni
328 mehr. Ich will einfach meine Ruhe haben, ich will in Ruhe einschlafen,
329 ähm ich hab Abschied genomm wie auch immer ne und ähm ... dieses ..
330 naja dies dies dieses ich will ni sagen bestreben aber so, das geht eher
331 von den Kliniken aus, dass gesagt wird hier muss ne Sonde her. Da wird,
332 das is mein Eindruck, aber ob das so ist kann ich ni beurteilen, mein Ein-
333 druck isses, dass dort .. der Fokus eher auf dieser medizinischen Indikati-
334 on steht. Aber dass der Mensch als Gesamt=als Persönlichkeit, die och en
335 Willen hat, äh dort ehm ni ganz so also das wird ni im im Kontext gesehen,
336 is mein Eindruck .. .

337 I: Ja. Wie gehen denn die Angehörigen damit um wenn es um das Thema
338 Sterbephase geht?

339 S: Gerade im Zusammenhang mit so einer parenteralen Ernährung sind
340 se schon manchmal hilflos oder komm einfach her, ham in der Klinik ge-
341 sagt hier hm es muss was unterschrieben werden, Sonde und sind die
342 natürlich erstmal .. ratlos, manche och geschockt und sagen „Mensch, die
343 soll ne Sonde kriegen“ und ähm ja manche fragen um Rat . und manche
344 eben och nicht. Wir könn natürlich zu den Angehörigen ni sagen also Mo-
345 ment eh mal sagen se mal „Nein“. Wir könn die nur offklärn und entschei-
346 den müssen die´s halt selber .. nor.

347 I: OK, da bedanke ich mich für die Zeit die Sie sich genommen haben und
348 für Ihre offene Meinung.

9. Literaturverzeichnis

Bücher:

Flick, Uwe (2000): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Husebö, Stein; Klaschik, E. (2009): Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis. 5. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Kerkhoff, Engelbert (Hrsg.) (1999): Selbstbestimmtes Alter(n). Denkanstöße und Perspektiven aus Forschungs-, Entwicklungsvorhaben und Praxis. Schriften des Fachbereiches Sozialwesen an der Fachhochschule Niederrhein.

Menche, Nicole; Bazlen, Ulrike; Kommerell Tilman (2001): Pflege Heute. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. 2. Auflage. München: Urban & Fischer.

Müller, C. Wolfgang (Hrsg.) (1999): Altenhilfe. Eine Einführung für Studium und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Pleschberger, Sabine (2005): Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag.

Stahr, Ingeborg; Barb- Priebe, Ingrid; Schulz, Elke (2007): Essstörungen und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten. 4. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Witterstätter, Kurt (2008): Soziale Hilfen im Alter. Eine Sozialgerontologie für die Pflegearbeit. 14. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag.

Zippel, Christian; Kraus, Sibylle (Hrsg.) (2009): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag GmbH.

Zeitschriften:

Bockenheimer- Lucius, Gisela (2005): Einstellung einer künstlichen Ernährung und kritische Anfragen an die Rechtsprechung. In: Ethik in der Medizin, Volume 17, Number 4, S. 265- 268.

Göckenjan, Gerd (2008): Sterben in unserer Gesellschaft. Ideale und Wirklichkeiten. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Tod und Sterben, 2008, Heft 4, S. 7- 14.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011): Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden

Volkert, D. (2011): Leitlinien und Standards zur Ernährung in der Geriatrie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Volume 44, Number 2.

Internet:

Bartens, Werner (2010): Ernährung bei Demenz. Schneller geht's mit der Magensonde. <http://www.sueddeutsche.de/wissen/ernaehrung-bei-demenz-schneller-gehts-mit-der-magensonde-1.59376>, verfügbar am 06.06.2012.

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (2006): Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG. www.dgem.de/leitlinien/01ethik%20100804.pdf., verfügbar am 28.05.2012

Hickmann, Christoph; von Hardenberg, Nina (2007): Seniorenheim in Main. Gequält und gedemütigt. <http://www.sueddeutsche.de/panorama/seniorenheim-in-mainz-gequaelt-und-gedemuertigt-1.891126>, verfügbar am 06.06.2012.

Kolb, Christian: Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken. www.nahrungsverweigerung.de/scripts/autor.html, verfügbar am 28.05.2012.

Land, Christoph (2011): Anzahl der Pflegeheime und der Pflegeheimplätze in Deutschland. <http://www.geropert.de/artikel/anzahl-pflegeheime-und-pflegeplaetze-deutschland>. verfügbar am 18.05.2012.

Schinzal, Horst (2009): Mangelernährung im Pflegeheim. <http://suite101.de/article/mangelernaehung-im-pflegeheim-a53268>, verfügbar am 06.06.2012.

Spiewak, Martin (2010): Künstliche Ernährung. Leben am Schlauch. <http://www.zeit.de/2009/23/M-PEG-Sonde>, verfügbar am 06.06.2012.

Springer Medizin: Speiseröhrenkrebs- Ösophaguskarzinom- Therapie. <http://www.Springergesundheit.de/kooperation/therapie/content-232372.html>, verfügbar am 22.05.2012.

Statistisches Bundesamt (2012): Personal in Pflegeheimen (Anzahl). <http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/>. verfügbar am 19.05.2012.

Wikimedia Foundation Inc. (2012): Perkutane endoskopische Gastrostomie. [www.pflegewiki.de/wiki/Bild: PEG_04jpg](http://www.pflegewiki.de/wiki/Bild:PEG_04jpg), verfügbar am 22.05.2012.

10. Selbständigkeitserklärung

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bearbeitungsort, Datum

Unterschrift